

**Atlas de Cuidados Paliativos
en Latinoamérica 2020**
2ª edición

Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020

2ª edición

Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020
2ª edición

Copyright © Marzo 2021 IAHP Press
International Association for Hospice and Palliative Care
5535 Memorial Drive, Suite F-PMB 509
Houston, TX 77007, USA

ISBN: 978-0-9989787-4-1

Diseño y edición: Errea Comunicación
www.erreacomunicacion.com

© Todos los Derechos Reservados

Ninguna parte de este libro puede ser copiada, reproducida o transmitida con fines comerciales. La IAHP permite el uso de la información presentada en los reportes con fines científicos y educativos.

La información contenida en este Atlas se envió voluntariamente a las investigadoras actuando en nombre de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) y del International Association for Hospice and Palliative Care (IAHP).

Este Atlas está limitado a información provista por terceros independientes. Los autores utilizaron diferentes métodos para asegurar la precisión de la información, pero no se hacen responsables de la exactitud y veracidad de esta.

La IAHP Press y la IAHP renuncian a toda representación o garantía de cualquier tipo, expresa o implícita, con respecto a este Atlas.

Este Atlas debe citarse:

Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C (2021).

Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020.

Houston: IAHP Press.

Índice

Autores	5
Instituciones y organizaciones	5
Colaboradores por país	6
Presentación	7
Prólogo	8
Nota de la ALCP	9
Prefacio	10
Resumen ejecutivo	11
Objetivo	12
Método	13
Limitaciones	14
Mapa geopolítico	15
Contexto económico y social	17
Mapas temáticos	19
Reseña histórica	20
Equipos de cuidados paliativos	21
Provisión de servicio en ámbito hospitalario	23
Provisión de servicio en ámbito no hospitalario (primer nivel)	25
Cuidados paliativos pediátricos	27
Educación en cuidados paliativos	29
Vitalidad en cuidados paliativos	31
Política sanitaria	34
Distribución de opioides	36
Infográficos por países	38
Argentina	39
Bolivia	39
Brasil	40
Chile	41
Colombia	42
Costa Rica	43
Ecuador	44
El Salvador	45
Guatemala	46
Honduras	47
México	48
Panamá	49
Paraguay	50
Perú	51
República Dominicana	52
Uruguay	53
Venezuela	54



Autores

Tania Pastrana

Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
RWTH Aachen University, Alemania

Liliana De Lima

International Association for Hospice and Palliative Care
(IAHPC), Estados Unidos

Miguel Antonio Sánchez-Cárdenas

Observatorio Global de Cuidados Paliativos ATLANTES
Universidad de Navarra, España

Danny van Steijn

Observatorio Global de Cuidados Paliativos ATLANTES
Universidad de Navarra, España

Eduardo Garralda

Observatorio Global de Cuidados Paliativos ATLANTES
Universidad de Navarra, España

Juan José Pons

Departamento de Geografía de la Universidad de Navarra
Colaborador del Instituto de Cultura y Sociedad (ICS).
Universidad de Navarra, España.

Carlos Centeno Cortés

Observatorio Global de Cuidados Paliativos ATLANTES
Universidad de Navarra, España

Instituciones y Organizaciones

Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
(ALCP)

Observatorio Global de Cuidados Paliativos ATLANTES,
Instituto Cultura y Sociedad (ICS), Universidad de
Navarra, España

Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud)

Instituto de Estudios Avanzados para las Américas de
la Universidad de Miami, Estados Unidos

International Association for Hospice and Palliative
Care (IAHPC), Houston, Estados Unidos

Junta Internacional de Fiscalización de
Estupefacientes (JIFE), Viena, Austria

Tómatelo a Pecho AC, México



Colaboradores por país¹

Argentina

Isabel María Pincemin, Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP)

María de los Ángeles Minatel, Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP)

Nicolás Dawidowicz, Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Cáncer

Verónica Dussel, Coordinadora, Centro de Investigación e Implementación en Cuidados Paliativos (CII-CP), Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)

Bolivia

Javier Muñoz, Fundación Sembrando Esperanza (FUNDASE)

Mirna García Burgoa, Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos (AABCP)

Brasil

André Filipe Junqueira dos Santos, Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)

Luciana Messa, Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)

Ricardo Tavares de Carvalho, Universidade de São Paulo

Chile

Alfredo Rodríguez Núñez, Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile (SMCP)

Juan Pablo Yaeger, Asesor del Programa de Cuidados Paliativos, Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores, Ministerio de Salud Chile

Marisol Ahumada, Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP)

Nataly López, Sociedad Chilena de Medicina Paliativa (SOCHIMEDPAL)

Sandra Vera Llanos, Asociación Científica de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos (MEDOPAL)

Colombia

Luisa Fernanda Rodríguez, Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP)

Natalia Perdomo, Cuidados Paliativos Pediátricos, Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC)

Paola Ruiz, Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC)

Sandra Liliana Parra, Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP)

Costa Rica

Adriana Osorio, Ministerio de Salud

Alejandro Vargas, Asociación Costarricense de Medicina Paliativa y Medicina del Dolor (ACMPyMD)

Andrea Medina, Asociación de Residentes y Especialistas en Medicina Paliativa (ASOPALLIUM)

Carlos Acuña Aguilar, Federación Costarricense de Cuidados Paliativos (FCCP)

Ecuador

Tatiana Fernández, Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (ASECUP)

Ximena Pozo, Ministerio de Salud Pública

El Salvador

José Mario López, Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador (PALIAMED); Universidad Dr. José Matías Delgado

Marvin Colorado, Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP)

Guatemala

María Elena Alcántara, Asociación Guatemalteca de Dolor y Cuidados Paliativos

Víctor Samayoá, Comisión Nacional de Cuidados Paliativos; Asociación Guatemalteca de Medicina Paliativa (AGMEPAL)

Honduras

Tulio Velázquez, Fundación Omega

Wilfrido Cruz Campos, Sociedad Hondureña de Estudio y Tratamiento del Dolor (SHETD)

México

Bernardo Villa Cornejo, Cuidados Paliativos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud

Silvia Allende, Instituto Nacional de Cancerología y Universidad Autónoma de México

Panamá

Gaspar Da Costa, Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud de Panamá (MINSa)

Myrna McLaughlin, Universidad de Panamá

Nisla Camaño Reyes, Asociación Panameña de Cuidados Paliativos (APCP)

Paraguay

Leticia Viana, Instituto Nacional de Cáncer (Incan)

Miriam Riveros, Asociación Paraguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (APMyCP)

Perú

Elizabeth Díaz Pérez de Valtolina, Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos (SPCP)

Katia Echeagaray, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)

Víctor Palacios, Dirección de Prevención y Control del Cáncer del Ministerio de Salud

República Dominicana

Bethania Martínez, Asociación Dominicana para el Estudio Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos

Gloria Castillo Pichardo, Instituto Oncología Rosa Emilia Sánchez Pérez (INCART)

Wendy Cristhyna Gómez García, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Uruguay

Adriana Della Valle, Programa de Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud Pública

Gabriela Piriz, Universidad de la República y Hospital Maciel

Rita Rufo, Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (SUMCP)

Venezuela

Middy Alvarez, Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa (SOVEMEPAL)

Tulio Gonzáles, Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa (SOVEMEPAL)

Otros colaboradores

Felicia Knaul, Instituto de Estudios Avanzados para las Américas de la Universidad de Miami, Tómatelo a Pecho AC, México, Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud)

Héctor Arreola, Instituto de Estudios Avanzados para las Américas de la Universidad de Miami, Tómatelo a Pecho AC, México, Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud)

Stefano Berterame, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

¹ Organizado en orden alfabético por país y dentro de cada uno de ellos por nombre.



1. Presentación



Prólogo

Los cuidados paliativos comenzaron en el Reino Unido durante la década de los sesenta como respuesta a la falta de atención por el sufrimiento físico y emocional de los pacientes con enfermedades incurables y sus seres queridos. Este movimiento comenzó a globalizarse progresivamente, pero aún hoy en muchos lugares del mundo, hospitales, universidades y sistemas de salud prestan mínima atención al enorme problema del sufrimiento asociado a la enfermedad.

La enseñanza de las ciencias de la salud, los sistemas sanitarios y hospitales enfatizan enfermedades más que enfermos. Los cuidados paliativos no han recibido la atención ni los fondos necesarios en comparación a disciplinas más jóvenes pero dedicadas al manejo de enfermedades.

Una de las formas más útiles de ayudar al desarrollo de los cuidados paliativos es monitorizar la existencia de programas y el progreso de los cuidados paliativos en cada uno de los países de la región. Los datos son mucho más importantes que la retórica para motivar cambio.

El Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, y en especial esta segunda edición, demuestra diferencias importantes en el desarrollo de programas y sin duda será muy útil para tanto los líderes paliativos como para los líderes sanitarios, permitirá la adopción de conductas más exitosas que ayuden a desarrollar cuidados paliativos en Latinoamérica y ayudará a unificar futuros criterios para los cuidados paliativos primarios, secundarios y terciarios.

Este gran equipo de voluntarios ha trabajado desinteresadamente para generar información que no está disponible en ningún otro registro.

Muchos miles de pacientes y sus familias se beneficiarán del gran esfuerzo de este grupo y por ello estoy profundamente agradecido a los colegas y organizaciones que nos permiten un conocimiento profundo del estado de los cuidados paliativos en nuestra región.

Eduardo Bruera

Jefe del Departamento de Cuidados Paliativos, Rehabilitación y Medicina Integrativa
UT MD Anderson Cancer Center
Houston, USA



Nota de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos

El propósito incesante de conseguir el reconocimiento de los diferentes Estados para restaurar la dignidad de la persona con sufrimiento grave en salud, se ha cristalizado en la segunda edición del Atlas de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP).

Me complace certificar el avance de los cuidados paliativos en muchos países desde que se publicó la primera edición. No obstante, su abordaje e implementación son todavía insuficientes en la región. Desde la ALCP continuamos impulsando los esfuerzos a nivel regional y de país para cerrar la brecha y aliviar el sufrimiento de millones de personas.

Esta edición recoge el trabajo colaborativo de la ALCP, del International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) y del grupo Atlantes de la Universidad de Navarra entre otros organismos. La segunda edición del Atlas de la ALCP plasma la incansable labor de la Dra. Tania Pastrana, quien se desempeñó como investigadora principal de esta edición, a la cual dedicó tiempo, esfuerzo y un gran entusiasmo. No menos importante es el trabajo de la Dra. Liliana De Lima, directora de la IAHPC y asesora de la ALCP. Tampoco se puede soslayar la valiosa contribución de la Fundación Mexicana para la Salud y el Instituto de Estudios de las Américas de la Universidad de Miami, así como los representantes de los diferentes países, que respondieron el cuestionario y contribuyeron con la información.

Quiero expresar mi reconocimiento y agradecer el trabajo y el esfuerzo de todos los que participaron.

Estoy segura de que esta edición, igual que la primera, contribuirá en el desarrollo para los cuidados paliativos en Latinoamérica.

Patricia Bonilla
Presidente ALCP



Prefacio

El primer Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) constituyó en un hito para el desarrollo de la región al ser el primer estudio descriptivo de la situación de la región y única fuente de información. El Atlas sirvió de catalizador para el desarrollo de los cuidados paliativos al permitir estimar la cobertura, la comparación entre países y sobre todo para conocerse como país y región, y crear redes entre paliativistas.

Este Atlas refleja el trabajo de muchos de los equipos de la región, con sus logros y sus dificultades. Hemos sido testigos de sus grandes esfuerzos y compromiso con el alivio del sufrimiento de los millones de latinoamericanos que lo requieren.

Desde la primera edición en 2013, hemos aprendido mucho sobre los diferentes modelos de atención y sobre la región que revirtieron en esta segunda edición. Esta edición se benefició también de la experiencia y experticia del equipo de Atlantes de la Universidad de Navarra, bajo el liderazgo del Profesor Carlos Centeno y el Profesor Juan José Pons del Departamento de Geografía. Además contribuyeron generosamente la Doctora Felicia Knaul del Instituto de las Américas de la Universidad de Miami y la Fundación Mexicana para la Salud, el Doctor Stefano Berterame de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y todas las personas de los países que participaron respondiendo el cuestionario y proveyendo información. Les agradecemos sinceramente su apoyo desinteresado y su paciencia.

También hemos observado grandes avances en el desarrollo de los cuidados paliativos en la región. Y “si lo podemos medir, lo podemos mejorar”. Estamos seguras de que esta edición, igual que la primera, continuará siendo un motor de desarrollo para los cuidados paliativos en Latinoamérica.

Tania Pastrana & Liliana De Lima

Investigadoras principales



Resumen ejecutivo

El primer Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica editado en 2013 presentó información regional y de 19 países latinoamericanos (de habla española o portuguesa). Los mismos países fueron invitados para esta segunda edición. En esta ocasión **participaron 17 países** (no se recibieron datos de Cuba ni de Nicaragua).

La información se presenta en forma de **mapas, gráficos e infografías** que facilita y fomenta su uso en actividades académicas y en la elaboración de informes destinados a políticos y gestores en salud. La primera parte del Atlas ofrece una panorámica de la región, seguida por perfiles de países.

Entre los principales hallazgos se observa un **crecimiento en el número de equipos de cuidados paliativos totales** con 2,6 equipos/servicios por millón de habitantes (rango entre 24,50 a 0,58), que continúan siendo insuficientes para la creciente necesidad. La mayoría de estos equipos (44,8%) funcionan en el ámbito hospitalario exclusivamente, un tercio (30,3%) son equipos mixtos y 24,6% son exclusivos de primer nivel de atención. Los equipos móviles son el modelo predominante (1,63/millón de habitantes) y los servicios de hospicio los más escasos. Los equipos de cuidados paliativos pediátricos representan el 7,9% de los servicios reportados.

Los **cuidados paliativos son reconocidos como especialidad médica en 8 países**, sin embargo, otros países tienen reconocimiento como Diplomado, Magister o Curso. Asignaturas independientes de cuidados paliativos fueron reportadas en 15% de las facultades de medicina de la región, mucho menos en otras profesiones de la salud como enfermería, psicología y trabajo social. Todos los países tienen al menos una sociedad científica.

Cinco países tienen una ley específica de cuidados paliativos. En Chile la ley es para pacientes con patología oncológica. Diez países cuentan con un programa nacional de cuidados paliativos.

La recolección de datos en sus diferentes etapas fue realizada por **Tania Pastrana**, como investigadora principal. La información fue proporcionada por 48 personas clave de cada país, generalmente presidentes o designados de las asociaciones nacionales, y/o encargadas de cuidados paliativos de los ministerios de salud o de los institutos nacionales de cáncer, así como docentes de universidades y miembros de fundaciones de cuidados paliativos. Los datos de distribución de opioides fueron proporcionados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Adicionalmente se utilizaron datos de acceso público de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y del Banco Mundial.



Objetivo

El **objetivo principal** del Atlas es dar seguimiento y reportar el grado de avance y desarrollo de los cuidados paliativos en Latinoamérica.

Los **objetivos secundarios** son:

- Conocer y difundir la situación actual de los cuidados paliativos en la región a través de mapas, gráficos e infogramas.
- Proporcionar datos actualizados que les sirvan a los responsables políticos, planificadores y a las asociaciones profesionales en la toma de decisiones y establecimiento de políticas para la integración de los cuidados paliativos.
- Facilitar el acceso a la información y comunicación entre las instituciones y asociaciones dedicadas a los cuidados paliativos en la región.
- Posibilitar la comparación entre países de la región para estimular el intercambio e impulsar el desarrollo de los cuidados paliativos.

Método

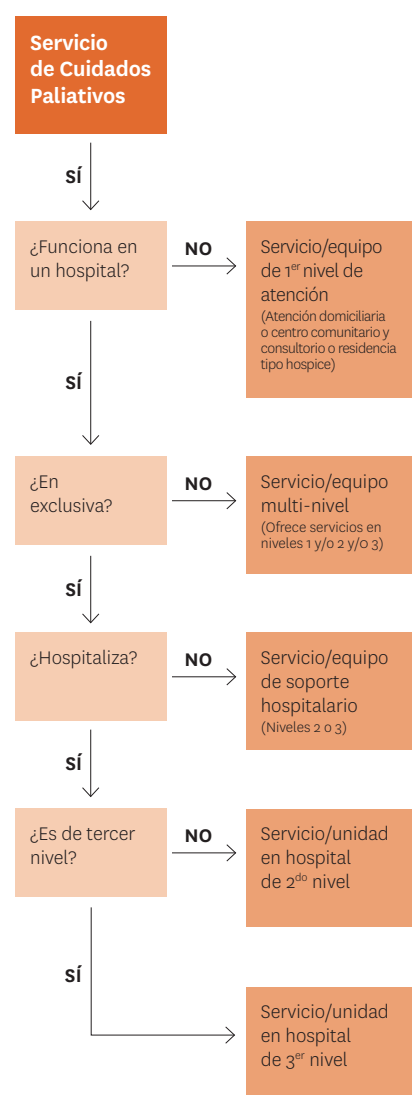
El Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica es un estudio descriptivo de análisis comparativo de datos y/o estimaciones sobre el desarrollo de servicios e iniciativas de cuidados paliativos en Latinoamérica.

Los **datos de esta actualización** fueron obtenidos de la siguiente manera:

- 1 Los datos poblacionales y socioeconómicos fueron tomados del Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
- 2 Los datos de distribución (“consumo”) de opioides seleccionados (DOME) fueron proporcionados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) con base en los datos oficiales reportados por el gobierno de cada país.
- 3 Se realizó un inventario de servicios/equipos de cuidados paliativos. Para la recolección de esta información, se realizó una encuesta en línea utilizando LimeSurvey dirigida a los equipos de cuidados paliativos, en los que un representante de cada equipo reportaba la información solicitada.
- 4 La encuesta fue enviada desde julio 2017 hasta enero 2018 a representantes de las asociaciones nacionales y líderes de 19 países para realizar su distribución a través de sus redes. En países sin asociación nacional activa (México, Cuba y Nicaragua) se identificaron líderes reconocidos, seleccionados por su participación en los congresos de ALCP, y por su liderazgo, demostrado a través de iniciativas en sus países.

- 5 Los datos recibidos sobre el número y tipo de servicios fueron consolidados y presentados a las asociaciones nacionales para su confirmación/validación con preguntas adicionales de actualización en las siguientes dimensiones:
 - a. Política sanitaria
 - b. Educación
 - c. Actividad profesional
- 6 En los casos en que se recibieron datos contradictorios o diferentes, se realizó un proceso de verificación por correo electrónico, teléfono y videoconferencia, hasta llegar a un consenso.
- 7 En diez países (Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay), representantes del ministerio de salud o del instituto nacional de cáncer validaron la información.
- 8 En octubre de 2018 se presentaron los datos como infografía durante el Encuentro de Alto Nivel en Cuidados Paliativos en Lima, Perú. Los participantes de los ministerios y las asociaciones nacionales tuvieron la oportunidad de revisar los datos. Con base en sus comentarios, se realizaron correcciones adicionales.
- 9 Dada la dinámica en la situación de cuidados paliativos en la región, antes de la edición (septiembre 2020) se enviaron de nuevo los datos a los colaboradores para su confirmación y actualización.

Figura 1. Diagrama de flujo para la clasificación de los servicios de Cuidados Paliativos





Método

Cartografía

La cartografía ha sido desarrollada por Danny van Steijn con la supervisión de Juan José Pons, mediante el programa ArcGIS Pro, versión 2.6.

La base cartográfica empleada es el mapa generalizado del mundo, tomado del portal Natural Earth (<https://www.naturalearthdata.com/>). Para las ciudades se ha utilizado una base de puntos de ESRI Online. La proyección usada es la Loximutal (esférica), con el fin de aprovechar al máximo el espacio disponible y representar correctamente todos los países. Las escalas de trabajo principales son 1:88 000 000 para los mapas de contexto y 1:44 000 000 para los demás.

Es importante hacer constar que la delimitación geográfica o los nombres de los territorios (países, regiones, ciudades, etc.) para los que se presentan resultados no implica expresión de opinión alguna por parte de los autores sobre su estado legal o soberanía.

Limitaciones

El Atlas de Cuidados Paliativos tiene algunas limitaciones:

- En muchos países no se dispone de sistemas de vigilancia, monitoreo y reporte actualizados y confiables. Algunos datos son producto de estimaciones personales que no siempre coinciden con las de otros informantes del mismo país.
- Los sistemas sociosanitarios y la prestación de servicios de salud —y consecuentemente los de cuidados paliativos— no son iguales en los países, lo que limita el análisis comparativo.
- La situación de los cuidados paliativos en Latinoamérica cambia rápidamente y es posible que los datos reportados no reflejen la actualidad de cada país.
- Los reportes en algunos países incluyen información de equipos de cuidados paliativos mezclados con clínica de dolor o con programas de cáncer y enfermedades crónicas, sin dedicación exclusiva, lo que dificulta especificar la información.
- El tamaño de los equipos varía de grandes equipos interdisciplinarios hasta profesionales aislados sin un cargo específico para cuidados paliativos. Así mismo, varía el entrenamiento de profesionales que va desde personal especializado a personal con poco o sin ningún entrenamiento específico en cuidados paliativos. El Atlas no hace esta distinción.
- El carácter del estudio no permite evaluar la calidad del servicios de los equipos reportados.



Mapa geopolítico

Este Atlas se centra en el análisis de la situación de los cuidados paliativos en Latinoamérica,² que representa casi el 9 % de la población mundial y 13,5 % de la superficie emergida del planeta.

En el estudio participaron 17 países de esa región de lengua española o portuguesa, habitados por más de 630 millones de personas. Más de la mitad viven en Brasil (33,6 %) y México (20,8 %),

siendo también estos países los más extensos en área.

² El término “Latinoamérica” o “América Latina” tiene diferentes significados y es motivo de controversia, que se sale del interés de este Atlas. Acá lo utilizamos para incluir 19 países de lengua española y portuguesa.





Contexto económico y social

En Latinoamérica, a pesar de las tradiciones o herencias culturales que aparentan homogeneidad, existe una gran heterogeneidad entre los países de la región y dentro de los países mismos. Los cuidados paliativos se desarrollan dentro del contexto de las condiciones particulares y sus situaciones nacionales específicas.

La mayoría de los países de la región son clasificados por el Banco Mundial como países de ingreso mediano. Chile, Panamá, y Uruguay pertenecen a la categoría de países de ingreso alto.³ El índice de cobertura sanitaria varía entre 55 % (Guatemala) y 80 % (Uruguay).⁴ El 75 % de la población muere por enfermedades no transmisibles y varía entre 59 % (Guatemala) hasta 85 % (Chile y Uruguay).⁵

El nivel económico del país guarda una estrecha relación con el alto gasto per cápita en salud y la necesidad satisfecha de cuidados paliativos.

Tabla 1. Datos socioeconómicos

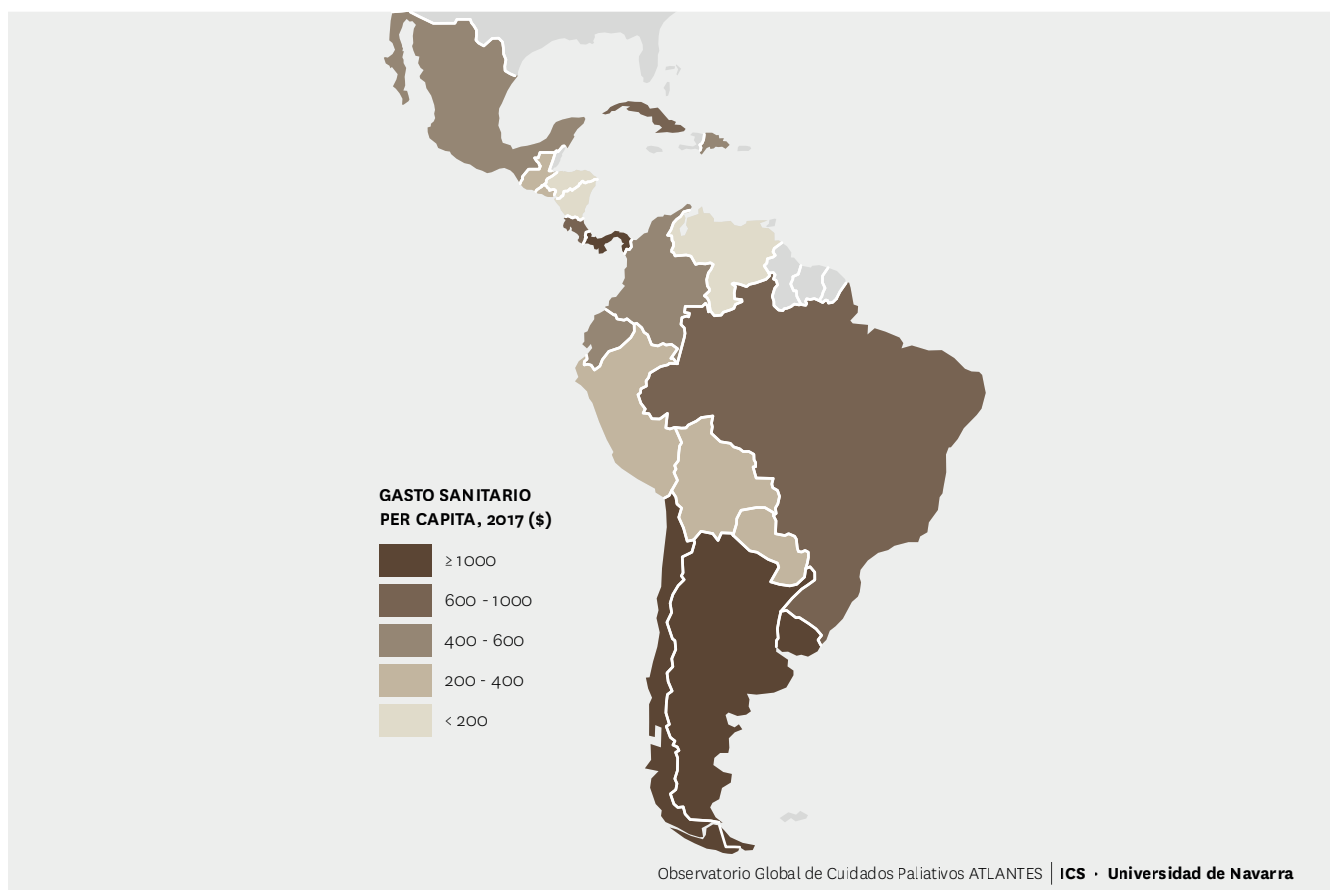
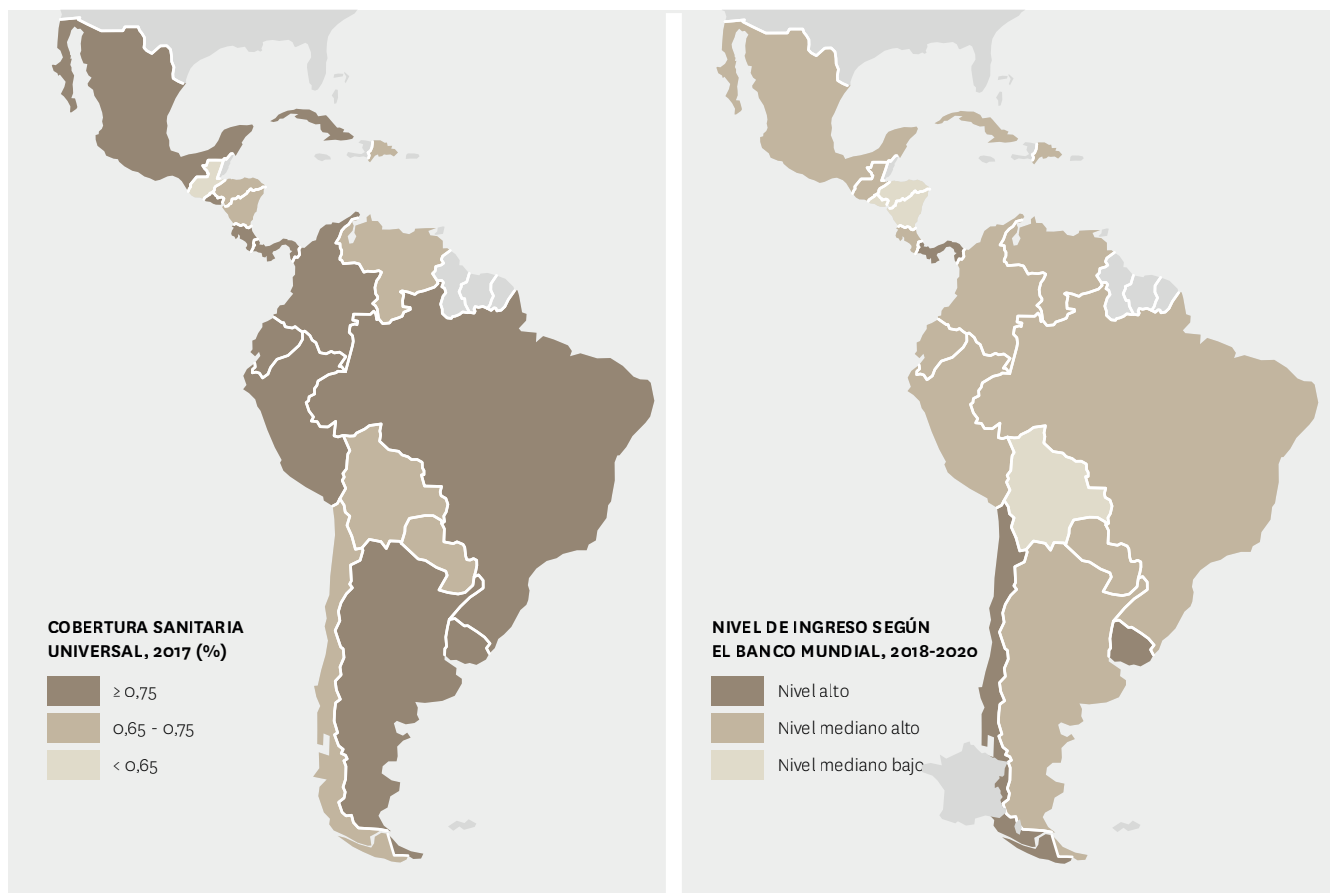
PAÍS	POBLACIÓN (2018)	ÁREA (KM ²)	INGRESO SEGÚN CLASIFICACIÓN BANCO MUNDIAL (2018-2020)	POBREZA % (2018)	COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL (2017)	GASTO SANITARIO PER CAPITA (2017 EN USD)
Argentina	44 688 900	3761 274	Mediano alto	32,0	0,76	1 325
Bolivia	11 215 700	1 098 581	Mediano bajo	34,6	0,68	220
Brasil	210 868 000	8 514 877	Mediano alto	26,5	0,79	929
Chile	18 197 200	756 770	Alto	8,6	0,70	1 382
Colombia	49 464 700	1 141 748	Mediano alto	27,0	0,76	459
Costa Rica	4 953 200	51 100	Mediano alto	21,1	0,77	869
Cuba	11 489 100	109 884	Mediano alto	ND	0,83	988
Ecuador	16 863 400	256 370	Mediano alto	23,2	0,77	518
El Salvador	6 411 700	21 040	Mediano bajo	29,2	0,76	282
Guatemala	17 245 300	108 928	Mediano alto	24,9	0,55	260
Honduras	9 417 200	112 492	Mediano bajo	48,3	0,65	196
México	130 759 100	1 972 550	Mediano alto	41,9	0,76	495
Nicaragua	6 284 800	130 373	Mediano bajo	24,9	0,73	192
Panamá	4 162 600	75 517	Alto	22,1	0,79	1 112
Paraguay	6 896 900	406 752	Mediano alto	24,2	0,69	381
Perú	32 551 800	1 285 215	Mediano alto	20,5	0,77	333
Rep. Dominicana	10 883 000	48 442	Mediano alto	22,8	0,74	433
Uruguay	3 469 600	176 215	Alto	8,1	0,80	1 592
Venezuela	32 381 200	912 446	Mediano alto	33,1	0,74	94

ND= No hay datos disponibles

3 <https://data.worldbank.org/>

4 <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

5 <https://www.who.int/nmh/countries/en/>





2. Mapas temáticos



Reseña histórica

Los cuidados paliativos en Latinoamérica iniciaron en estrecha relación con la Clínica de Dolor, especialmente impulsados por la campaña de la OMS "Alivio del Dolor por Cáncer" de 1982. Varios de los programas que ahora son de cuidados paliativos en los países, se iniciaron como programas o clínicas de dolor para

pacientes con cáncer, y posteriormente se fueron ampliando a cuidados paliativos para pacientes con otros diagnósticos y condiciones. En este camino ha sobresalido el Dr. Eduardo Bruera, que puede considerarse el mentor, gestor y motor de los cuidados paliativos en la región.

La primera reunión de latinoamericanos interesados en el desarrollo de los cuidados paliativos a nivel regional ocurrió en San Nicolás, Argentina en 1990. La Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos se constituyó en el 2001.

Figura 2. Surgimiento de Cuidados Paliativos por país y año.



Nota: Véase que diferentes eventos son mencionados para determinar el punto de partida.



Mapa 1. Equipos de cuidados paliativos

Los cuidados paliativos en Latinoamérica se iniciaron en la década de los ochenta y han evolucionado de manera diferente en los países. Actualmente todos ellos cuentan con algún grado de desarrollo de cuidados paliativos.

Un total de 1.562 equipos fueron reportados en Latinoamérica (2,6/millón de habitantes). Uruguay reportó el mayor porcentaje de equipos (24,49/millón de

habitantes), seguido de Costa Rica y Chile. Perú cuenta con la menor proporción de equipos por población (0,58/millón de habitantes).

El total de equipos de cuidados paliativos representa equipos exclusivamente intrahospitalarios (unidades de cuidados paliativos, equipos móviles), equipos exclusivamente extrahospitalarios (domiciliarios, consulta comunitaria,

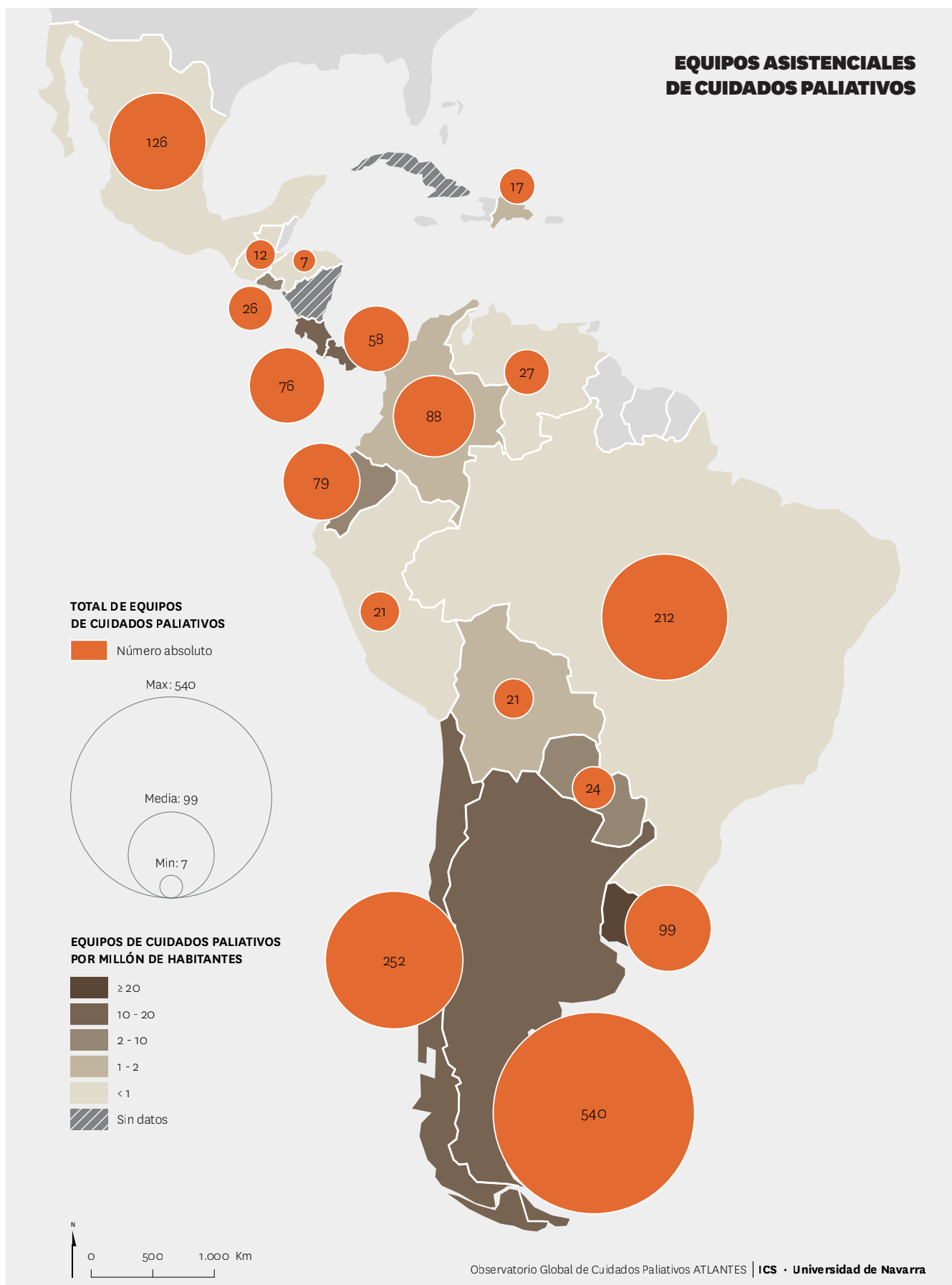
hospicios) y equipos que actúan dentro y fuera del hospital (equipos mixtos). Las descripciones y requisitos para cada categoría se encuentran en la siguiente sección.

No consideramos la dedicación (exclusiva o polivalente), ni la composición (especialista de cuidados paliativos o equipo interdisciplinario entrenado).

Tabla 2. Provisión de cuidados paliativos en la región

PAÍS*	TOTAL DE EQUIPOS		EXCLUSIVAMENTE INTRAHOSPITALARIOS		EXCLUSIVAMENTE EXTRAHOSPITALARIOS		EQUIPOS MIXTOS	
	Total de equipos	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes
Argentina	482	10,79	422	9,44	39	0,87	21	0,47
Bolivia	20	1,78	8	0,71	9	0,80	3	0,27
Brasil	198	0,94	68	0,32	16	0,08	114	0,54
Chile	244	13,41	12	0,66	70	3,85	162	8,90
Colombia	79	1,60	40	0,81	20	0,40	19	0,38
Costa Rica	73	14,74	1	0,20	52	10,50	20	4,04
Ecuador	78	4,63	42	2,49	34	2,02	2	0,12
El Salvador	25	3,90	21	3,28	3	0,47	1	0,16
Guatemala	11	0,64	5	0,29	3	0,17	3	0,17
Honduras	6	0,64	0	0,00	3	0,32	3	0,32
México	120	0,92	41	0,31	29	0,22	50	0,38
Panamá	55	13,21	10	2,40	36	8,65	9	2,16
Paraguay	24	3,48	3	0,43	21	3,04	0	0,00
Perú	19	0,58	11	0,34	4	0,12	4	0,12
Rep. Dominicana	16	1,47	6	0,55	10	0,92	0	0,00
Uruguay	85	24,50	9	2,59	20	5,76	56	16,14
Venezuela	27	0,83	0	0,00	20	0,62	7	0,22

* No se recibieron datos de Cuba y Nicaragua





Mapa 2. Provisión de servicio en ámbito hospitalario

En ámbito hospitalario se identificaron 1173 equipos (1,92/millón de habitantes). Esto incluye 152 unidades de cuidados paliativos (65 exclusivas y 87 mixtas), así como 1021 unidades/equipos móviles (634 exclusivos y 387 mixtos).

Unidades de cuidados paliativos

Descripción: Son unidades en hospitales de segundo y tercer nivel con camas exclusivas asignadas en un espacio para cuidados paliativos, con personal asignado para el servicio. Este servicio asiste a pacientes con problemas agudos y síntomas complejos que hospitalizan en sus camas asignadas exclusivamente a cuidados paliativos. También pueden prestar servicio de interconsulta y consulta externa.

Requisitos: Equipo mínimo compuesto por personal médico y/o de enfermería. Al menos un miembro del equipo debe tener formación en cuidados paliativos. El equipo ampliado incluye profesionales de psicología, fisioterapia, trabajo social y capellanes.

Equipo/unidad móvil

Descripción: Estos equipos/unidades operan en hospitales de segundo y tercer nivel sin camas asignadas en un espacio físico determinado ('móviles'). Estos equipos pueden tener la posibilidad de hospitalizar en camas de otros servicios dentro del hospital y ser el equipo tratante, o hacer recomendaciones como interconsultas. También pueden prestar servicio de consulta externa.

Requisitos: Equipo mínimo compuesto por personal médico y/o de enfermería. Algún miembro del equipo debe tener formación en cuidados paliativos. El equipo ampliado incluye profesionales de psicología, fisioterapia, trabajo social y capellanes.

Equipos mixtos

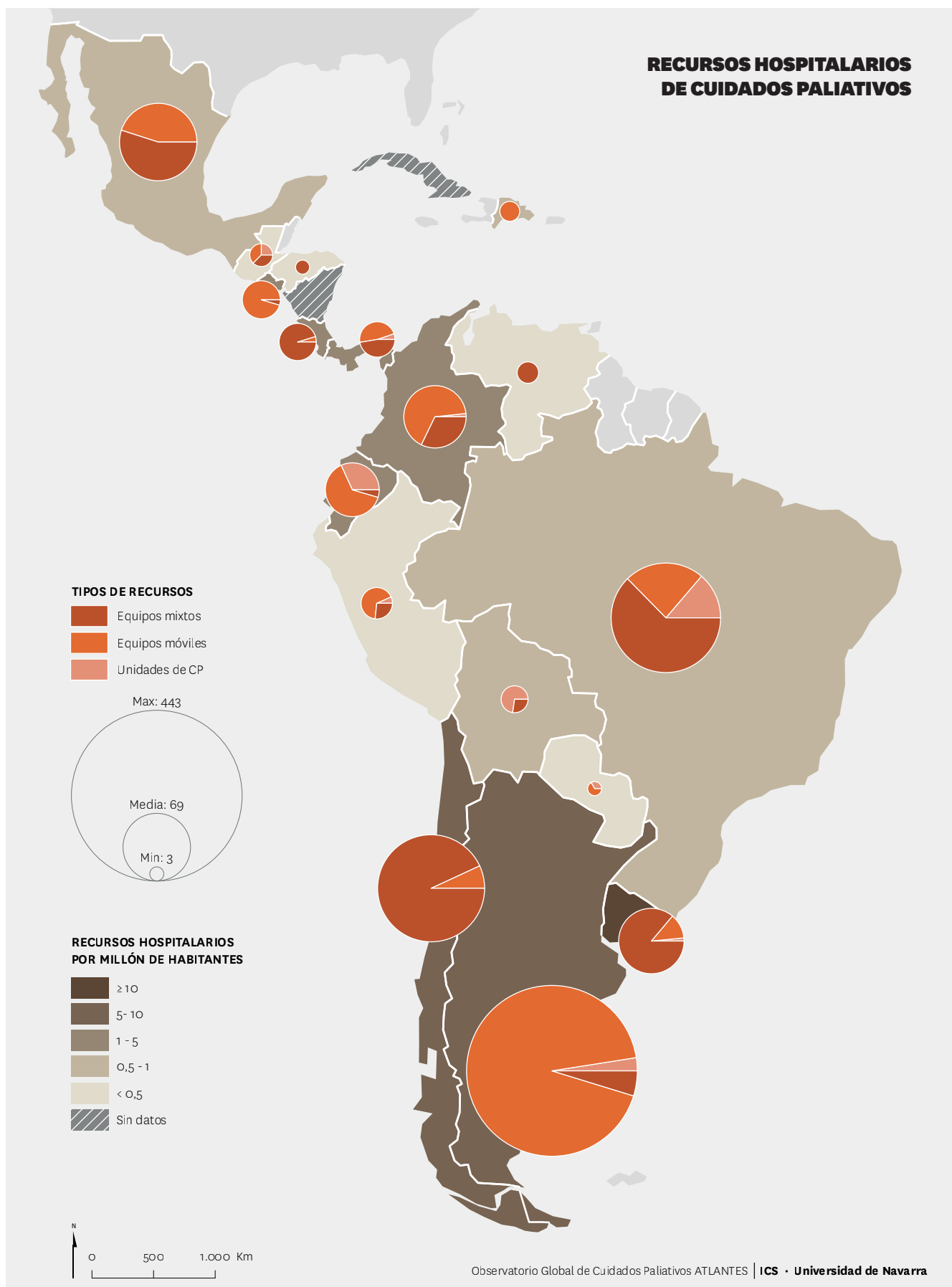
Descripción: Los equipos mixtos son unidades de cuidados paliativos o equipo/unidad móvil que cumple los requisitos anteriores y adicionalmente se desplazan fuera del hospital con consulta domiciliaria o consultorios comunitarios. Estos fueron incluidos en la categoría intrahospitalaria que corresponden.

Tabla 3. Provisión de cuidados paliativos en el ámbito hospitalario

PAÍS*	UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS**		UNIDADES/EQUIPOS MÓVILES INTRAHOSPITALARIOS**		TOTAL DE EQUIPOS INTRAHOSPITALARIOS	
	Total	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes
Argentina	11	0,25	432	9,67	443	9,91
Bolivia	10	0,89	1	0,09	11	0,98
Brasil	74	0,35	108	0,51	182	0,86
Chile	8	0,44	166	9,12	174	9,56
Colombia	2	0,04	57	1,15	59	1,19
Costa Rica	3	0,61	18	3,63	21	4,24
Ecuador	14	0,83	30	1,78	44	2,61
El Salvador	0	0,00	22	3,43	22	3,43
Guatemala	3	0,17	5	0,29	8	0,46
Honduras	1	0,11	2	0,21	3	0,32
México	14	0,11	77	0,59	91	0,70
Panamá	2	0,48	17	4,08	19	4,56
Paraguay	1	0,14	2	0,29	3	0,43
Perú	5	0,15	10	0,31	15	0,46
Rep. Dominicana	0	0,00	6	0,55	6	0,55
Uruguay	1	0,29	64	18,45	65	18,73
Venezuela	3	0,09	4	0,12	7	0,22

* No se recibieron datos de Cuba y Nicaragua.

**Incluye servicios/equipos exclusivos y mixtos que prestan atención intrahospitalaria.





Mapa 3. Provisión de servicio en ámbito no hospitalario (primer nivel)

En ámbito extrahospitalario se identificaron 1337 equipos (2,19/millón de habitantes). Esto incluye 1303 equipos de primer nivel (829 exclusivos y 474 mixtos), así como 34 hospicios.

En esta categoría fueron incluidos equipos de atención domiciliaria y equipos de consulta en centro comunitario y consultorio.

Equipos de atención domiciliaria

Descripción: Equipos que proporcionan cuidados paliativos a pacientes y apoyan a sus familiares y/o cuidadores en la casa del paciente. Tienen un sistema de referencia con hospitales de segundo y/o tercer nivel.

Requisitos: El equipo básico consiste en personal médico y de enfermería con entrenamiento en cuidados paliativos. El equipo ampliado puede constar de profesionales como un trabajador social, personal administrativo, etc.

Consulta de cuidados paliativos en centro comunitario y consultorio

Descripción: Proporcionan cuidados paliativos a pacientes y apoyan a sus familiares y/o cuidadores en consultorios o en centros comunitarios. Tienen un sistema de referencia con hospitales de segundo y/o tercer nivel. Pueden derivar pacientes a cuidados domiciliarios.

Requisitos: El equipo consiste en personal médico y de enfermería con entrenamiento en cuidados paliativos.

Hospicios

Descripción: Instituciones independientes dedicadas a pacientes de media y larga estancia y/o cuidados hasta el fallecimiento y algunas veces el duelo. Tienen un sistema de referencia con hospitales de segundo y/o tercer nivel.

Requisitos: Cuenta con personal de enfermería y disponibilidad de al menos un profesional con formación médica en cuidados paliativos. El equipo ampliado puede constar de profesionales de trabajo social, fisioterapia, nutrición, logopedia, terapia ocupacional, capellanes, voluntarios, etc. El equipo multiprofesional atiende pacientes y familiares.

Tabla 4. Provisión de cuidados paliativos en el ámbito extrahospitalario

PAÍS*	EQUIPOS DE PRIMER NIVEL**		HOSPICIOS		TOTAL DE EQUIPOS EXTRAHOSPITALARIOS	
	Total	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes
Argentina	46	1,03	14	0,31	60	1,34
Bolivia	11	0,98	1	0,09	12	1,07
Brasil	123	0,58	7	0,03	130	0,62
Chile	231	12,69	1	0,05	232	12,75
Colombia	38	0,77	1	0,02	39	0,79
Costa Rica	70	14,13	2	0,40	72	14,54
Ecuador	35	2,08	1	0,06	36	2,13
El Salvador	2	0,31	2	0,31	4	0,62
Guatemala	4	0,23	2	0,12	6	0,35
Honduras	5	0,53	1	0,11	6	0,64
México	79	0,60	0	0,00	79	0,60
Panamá	45	10,81	0	0,00	45	10,81
Paraguay	20	2,90	1	0,14	21	3,04
Perú	8	0,25	0	0,00	8	0,25
Rep. Dominicana	9	0,83	1	0,09	10	0,92
Uruguay	76	21,90	0	0,00	76	21,90
Venezuela	27	0,83	0	0,00	27	0,83

* No se recibieron datos de Cuba y Nicaragua.

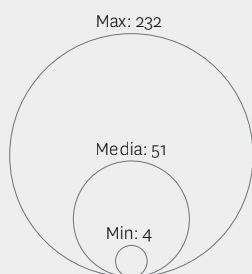
** Incluye equipos exclusivos y mixtos que prestan atención extrahospitalaria.



RECURSOS ÁMBITO NO HOSPITALARIO (PRIMER NIVEL)

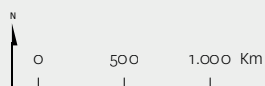
TIPOS DE RECURSOS

- Equipos mixtos
- Hospicios
- Primer nivel



RECURSOS PALIATIVOS DE PRIMER NIVEL POR MILLÓN DE HABITANTES

- ≥ 12
- 3,2 - 12
- 1,6 - 3,2
- 0,8 - 1,6
- 0,4 - 0,8
- <0,4
- Sin datos





Mapa 4. Cuidados paliativos pediátricos

Un total de 123 equipos fueron identificados que corresponden a 0,8 equipos/millón de habitantes menores de 15 años. Esto varía de países con mayor de-

sarrollo como Uruguay con 19,3 equipos/millón de habitantes menores de 15 años a países sin ningún equipo identificado, como Paraguay y Venezuela. Los equi-

pos presentados varían de unidades de cuidados paliativos pediátricos a equipos móviles de interconsulta.

Tabla 5. Equipos de cuidados paliativos pediátricos

PAÍS*	TOTAL	TASA POR MILLÓN DE HABITANTES MENORES DE 15 AÑOS
Argentina	58	5,25
Bolivia	1	0,28
Brasil	14	0,31
Chile	8	2,19
Colombia	9	0,79
Costa Rica	3	2,83
Ecuador	1	0,21
El Salvador	1	0,58
Guatemala	1	0,17
Honduras	1	0,34
México	6	0,17
Panamá	3	2,66
Paraguay	0	0,00
Perú	2	0,23
Rep. Dominicana	1	0,32
Uruguay	14	19,31
Venezuela	0	0,00

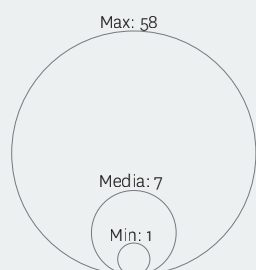
* No se recibieron datos de Cuba y Nicaragua.



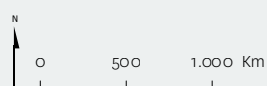
CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Equipos totales



EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS POR MILLON DE HABITANTES MENORES DE 15 AÑOS



Observatorio Global de Cuidados Paliativos ATLANTES | ICS • Universidad de Navarra

Mapa 5. Educación en cuidados paliativos

Ocho países cuentan con el **reconocimiento de medicina paliativa como especialidad** y/o subespecialidad.

Adicionalmente existe formación de posgrado como Diplomados, Maestrías y Cursos en varios países. Solo Hondu-

ras y República Dominicana no cuentan actualmente con ningún tipo de formación.

Tabla 6. Acreditación oficial de medicina paliativa (especialidad o subespecialidad)

PAÍS	AÑO	TÍTULO
Argentina	2006	Especialista en Cuidados Paliativos
	2010	Especialista en Medicina Paliativa
	2015	Médico Pediatra Especialista en Medicina Paliativa
Brasil	2011	Área de atuação em Medicina Paliativa
Colombia	1998	Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos
Costa Rica	2008	Especialista en Medicina Paliativa
Ecuador	2018	Especialista en Cuidados Paliativos
México	2012	Alta Especialidad en Medicina Paliativa
	2016	Especialista de Medicina Paliativa y del Dolor
	2019	Especialista en Medicina Paliativa
Paraguay	2016	Especialista en Medicina Paliativa y Soporte Oncológico
	2020	Especialista en Cuidados Paliativos
Venezuela	2009	Especialista en Medicina Paliativa

El 15 % de las facultades de medicina en la región tienen una asignatura independiente de cuidados paliativos. El porcentaje varía de 66,7 % en Uruguay a ninguna en Bolivia, Honduras, Panamá y República Dominicana.

- En **enfermería** el porcentaje regional de facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos es 0,9 %. Perú reportó el más alto porcentaje con 21,4 % de facultades.
- En **trabajo social** el porcentaje es semejante, con 0,2 % de facultades con asignatura de cuidados paliativos, con Guatemala reportando el mayor porcentaje 28,6 %.
- En **psicología**, sólo Colombia reportó asignatura independiente en el 3,4 % de las facultades.

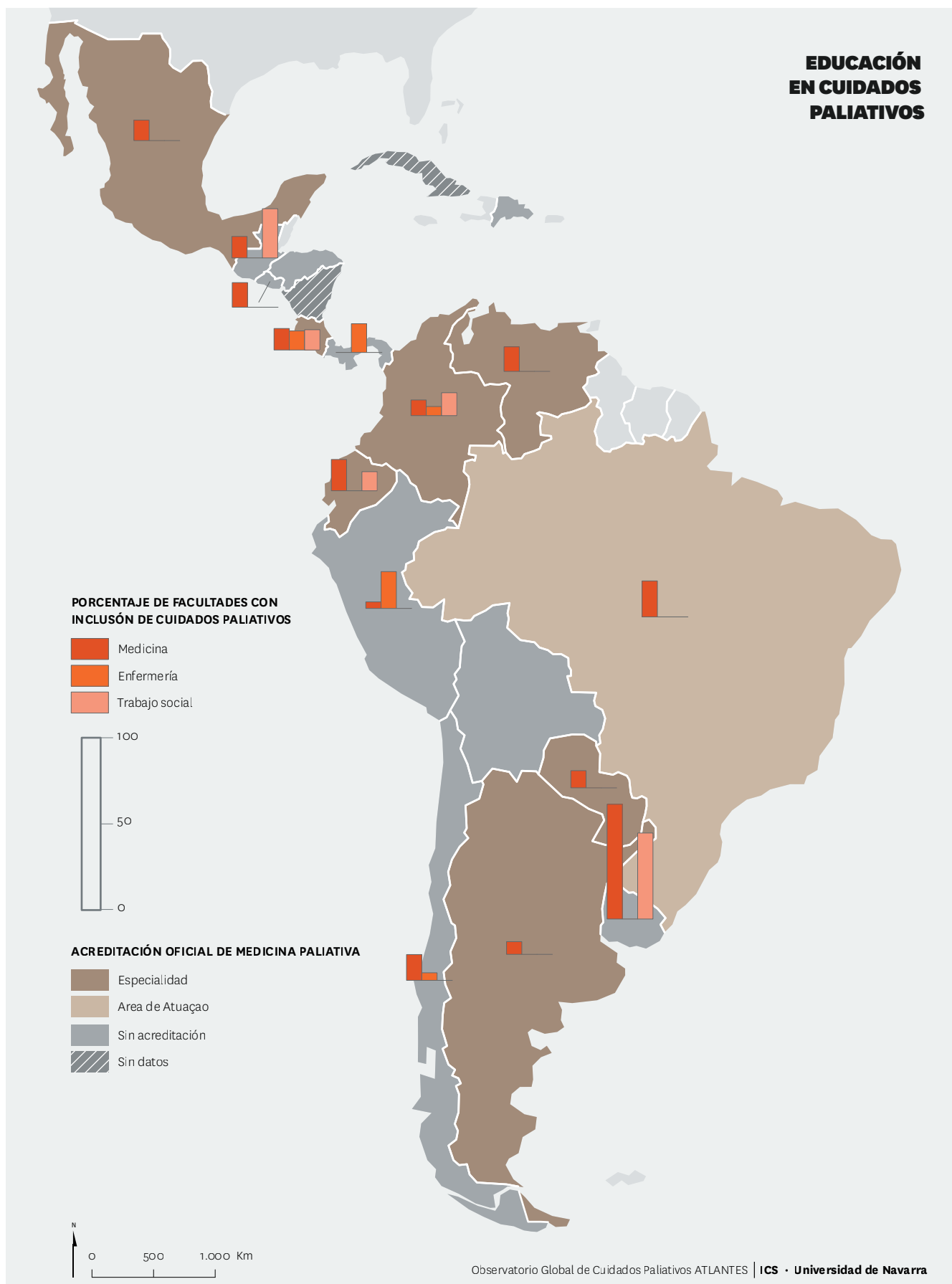
Tabla 7. Porcentaje de facultades medicina, enfermería trabajo social y psicología con asignatura independiente

PAÍS	MEDICINA	ENFERMERÍA	TRABAJO SOCIAL	PSICOLOGÍA
Argentina	7,4	0,0	0,0	0,0
Bolivia	0,0	0,0	0,0	0,0
Brasil	20,9	ND	ND	ND
Chile	15,0	4,4	0,0	0,0
Colombia	9,1	5,3	13,3	3,4
Costa Rica	12,5	11,1	11,8	0,0
Ecuador	18,2	0,0	11,1	0,0
El Salvador	14,3	0,0	0,0	0,0
Guatemala	12,5	0,0	28,6	0,0
Honduras	0,0	0,0	0,0	0,0
México	11,9	ND	0,0	ND
Panamá	0,0	16,7	0,0	0,0
Paraguay	10,0	0,0	0,0	0,0
Perú	3,8	21,4	0,0	0,0
Rep. Dominicana	0,0	0,0	0,0	ND
Uruguay	66,7	0,0	50,0	0,0
Venezuela	14,3	0,0	0,0	0,0

* No se recibieron datos de Cuba y Nicaragua.



EDUCACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS



Mapa 6. Vitalidad en cuidados paliativos

En casi todos los países de la región existe una asociación de cuidados pali-

ativos, si bien en algunos países está en conjunto con Medicina del Dolor. No hay

asociaciones conocidas en Cuba ni en Nicaragua.

Tabla 8. Asociaciones nacionales de cuidados paliativos

PAÍS	AÑO	NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN
Argentina	1994	Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP)
Bolivia	En proceso	Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos (AABCP)
Brasil	1999	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (inactiva)
	2005	Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)
Chile	1990	Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED)
	2014	Asociación Científica de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos (MEDOPAL)
	2015	Sociedad Chilena de Medicina Paliativa (SOCHIMEDPAL)
	2018	Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile (SMCP)
Colombia	1996	Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP)
	2014	Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC)
Costa Rica	2006	Asociación Costarricense de Medicina Paliativa y Medicina del Dolor (ACMP y MD)
	2013	Asociación de Residentes y Especialistas en Medicina Paliativa (ASOPALLIUM)
	2019	Asociación de profesionales en Enfermería en Cuidados Paliativos de Costa Rica
Ecuador	2018	Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (ASECUP)
El Salvador	2010	Asociación Salvadoreña para el Estudio, Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP)
Guatemala	2003	Asociación Guatemalteca de Dolor y Cuidados Paliativos (AGDP)
	2014	Asociación Guatemalteca de Medicina Paliativa (AGMEPAL)
	2019	Asociación Guatemalteca de Tanatología y Cuidados al Final de la Vida
Honduras	2006	Sociedad Hondureña para el Estudio y Tratamiento del Dolor (SHETD)
México		No activas
Panamá	2015	Asociación Panameña de Cuidados Paliativos (APCP)
Paraguay	2016	Asociación Paraguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (APMyCP)
Perú	2013	Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos (SPCP)
	2017	Asociación Peruana de Enfermeras en Cuidados Paliativos (APEECP)
	2018	Asociación Médica Peruana de Cuidados Paliativos (AMPACP)
	2019	Red Peruana de Enfermería en Cuidados Paliativos
Rep. Dominicana	2011	Asociación Dominicana para el Estudio y Tratamiento del dolor y cuidados paliativos (ADETDYCP)
Uruguay	2001	Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (SUMyCP)
Venezuela	2010	Sociedad Venezolana de Cuidados Paliativos (SOVEMEPAL)



VITALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS





Mapa 7. Política sanitaria

Cinco países tienen actualmente una ley de cuidados paliativos. En Chile la Ley es explícitamente para pacientes con patología oncológica.

Diez de los 17 países estudiados, reportaron tener un plan/estrategia nacional de cuidados paliativos. Algunos de estos son explícitamente para pacientes con cáncer. Sin embargo, no es claro el al-

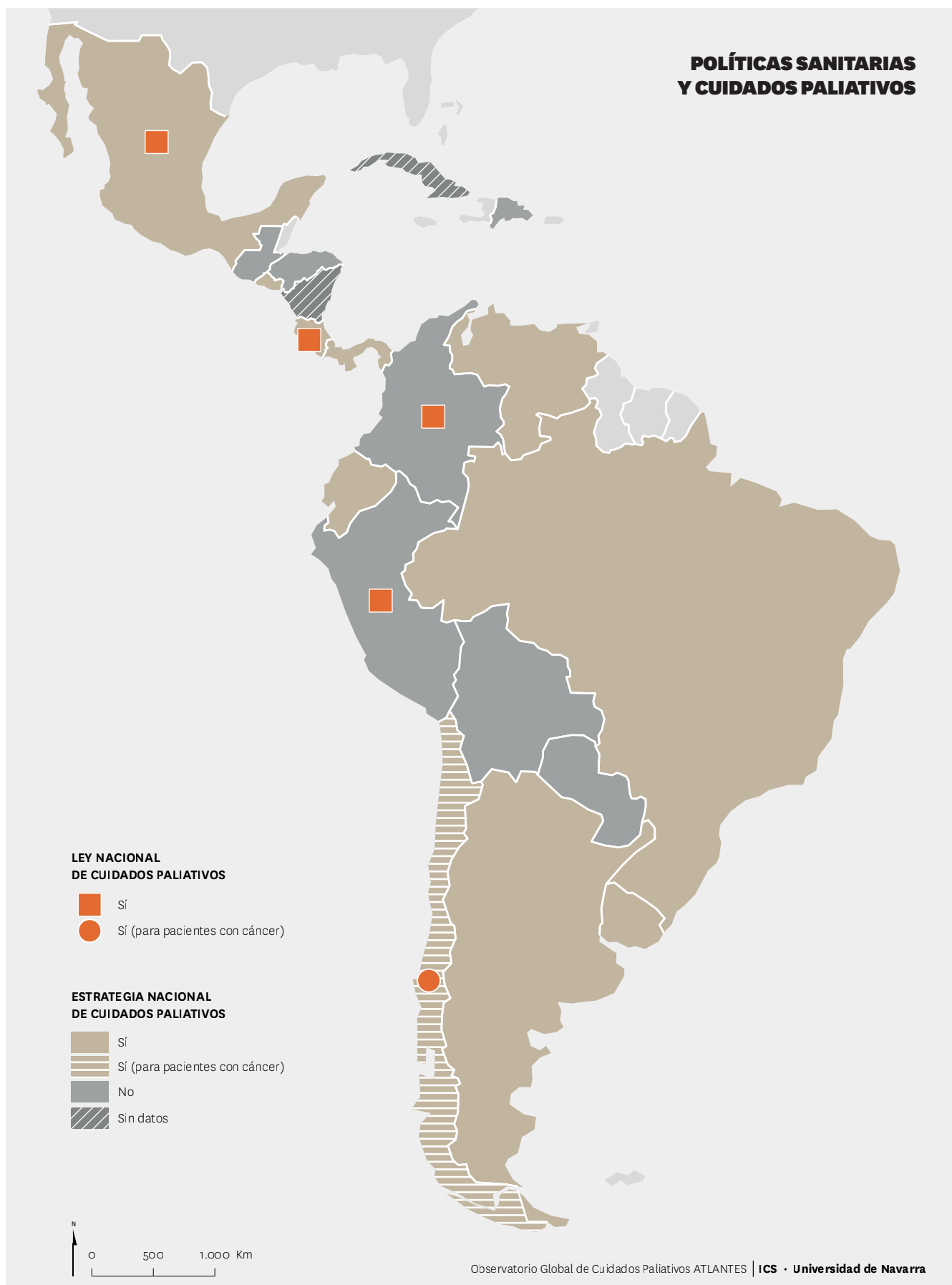
cance de estos programas y si cuentan con el presupuesto adecuado para su implementación.

Tabla 9. Leyes específicas de cuidados paliativos

PAÍS	AÑO	NOMBRE
Colombia	2010	Ley 1733 de 2014, Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.
Costa Rica	1998	Ley 7756 de 20 de marzo de 1998, reformada por Ley 8600 en 2007, "Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal" Ley 9470, Ley para garantizar el interés superior del niño, la niña y el adolescente en el cuidado de la persona menor de edad gravemente enferma.
Chile	2005	Ley 19966, Ley de Garantías Explícitas en Salud, incluye en el capítulo 4 "Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos"
México	2009	Reforma el artículo 184 de la Ley General de Salud y se adiciona el artículo 166 Bis que contiene la Ley en Materia de Cuidados Paliativos.
Perú	2018	Ley n° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y no Oncológicas



POLÍTICAS SANITARIAS Y CUIDADOS PALIATIVOS





Mapa 8. Distribución de opioides

Dentro de los medicamentos esenciales para cuidados paliativos formulados en la Sección 2 de la Lista Modelo de la Organización Mundial

de la Salud se encuentran, entre otros medicamentos, los opioides potentes para manejo de dolor y disnea. Por su importancia en el manejo de estos

síntomas, la cantidad de opioides distribuidos en el país ha sido reconocida como indicador del acceso a cuidados paliativos.

Tabla 10. Distribución de opioides seleccionados (Kg)⁶

PAÍS	FENTANILO DOME	MORFINA DOME	HIDROMORFONA DOME	OXICODONA DOME	CODEÍNA DOME	MEPERIDINA DOME	TOTAL DOME
Argentina	273,1	442,6	2,4	40,1	0	4,5	762,7
Bolivia	7,8	1,4	0	0,4	0	0,1	9,7
Brasil	891,9	422,6	0	19,6	0	51,5	1385,6
Chile	372,6	85,1	0	4,1	12,8	4,1	478,7
Colombia	267,8	97,7	43	139,6	0	8	556,1
Costa Rica	9,8	26,1	0	6,2	0	0	42,1
Cuba	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Ecuador	20,5	6,5	0	14,7	0	0	41,7
El Salvador	11,4	4,1	0	10,1	0	2,7	28,3
Guatemala	18,1	3,5	0	11,5	0	5	38,1
Honduras	4,6	0,8	0	1,7	1,5	0,4	9,0
México	146,4	47,8	0,2	28,7	0	0	223,1
Nicaragua	4,8	2,2	0	2,8	0	0	9,8
Panamá	31,1	3,7	0	8,9	0	1,1	44,8
Paraguay	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Perú	74,6	28,1	0	35	0	3,2	140,9
República Dominicana	5,7	12,8	0	6,2	0,3	0,1	25,1
Uruguay	20,7	21,5	0	0,1	0	0,4	42,7
Venezuela	7,7	0	0	0	0	0	7,7

Figura 3. Colaboración entre prescriptores y reguladores de analgésicos opioides

Muy mala	1	2	3	4	5	Muy buena
		Brasil	Bolivia	Argentina	El Salvador	
		Guatemala	Ecuador	Chile	Uruguay	
		Honduras	México	Colombia		
		Paraguay	Perú	Costa Rica		
		Venezuela	Rep. Dominicana	Panamá		

6 FUNSALUD e Instituto de las Américas de la Universidad de Miami. Fuente JIFE



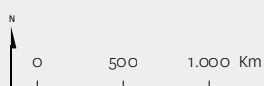
DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

COLABORACIÓN ENTRE PRESCRIPTORES Y REGULADORES DE ANALGÉSICOS OPIOIDES

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES MORFINA-EQUIVALENTE (MG/CAPITA)

- ≥ 20
- 10 - 20
- 5 - 10
- 2 - 5
- < 2
- Sin datos





3. Infográficos por países



Argentina

APUNTE HISTÓRICO

En 1982 Roberto Wenk comenzó a prestar cuidados paliativos domiciliarios y posteriormente (1983) creó el Programa Argentino de Medicina Paliativa en la Liga Argentina de la Lucha contra el Cáncer (LALCEC) en San Nicolás. En 1985 la Fundación Prager Bild creó el Programa de Cuidados Paliativos con Alvaro Sauri y Rosa María Germ, a cargo de cuidados paliativos pediátricos. Los primeros equipos hospitalarios nacieron a finales de los 80 (Udaondo). A esto siguió en 1991 el Programa Pallium liderado por Gustavo de Simone. En 1992 se crearon equipos de cuidados paliativos pediátricos en el Hospital Gutiérrez y Hospital Garrahan. En 1994 la Fundación FEMEBBA y el Programa Argentino iniciaron un programa de asistencia, educación e investigación. En 1994 se creó la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

 SÍ NO

Ley nacional específica para CP

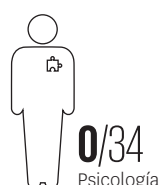
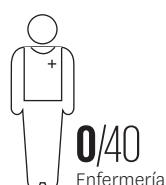
 SÍ NO

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

 SÍ NO

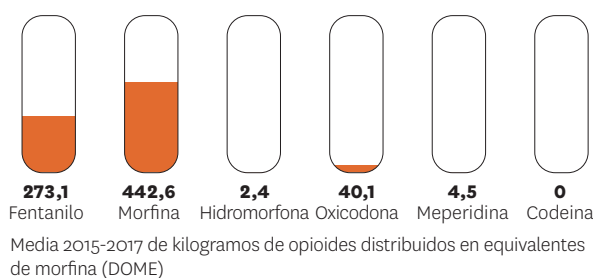
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

762,7
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

10,8

Recursos asistenciales por millón de habitantes

5,3

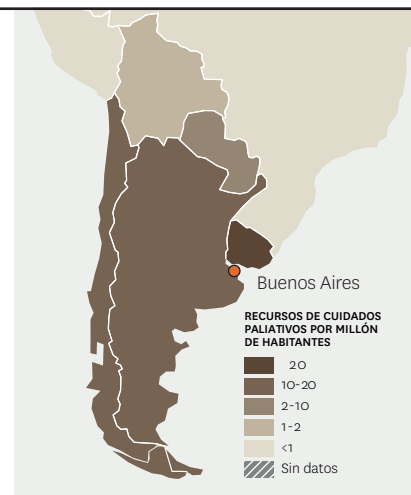
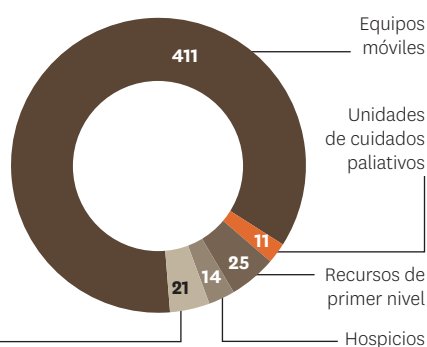
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

482

Recursos totales

De estos, **58** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Equipos mixtos



Datos generales

Población [2018]

44 688 900 hab.

Médicos/100 000 hab. [2015]

39,9

Enfermeros/100 000 hab. [2016]

6,7

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

11 683,9 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

9,1

Índice de cobertura sanitaria universal

[2017]

76 %

ASOCIACIONES NACIONALES

Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos



Bolivia

APUNTE HISTÓRICO

En el año 1997 Antonio Canaviri inauguró la Unidad de Dolor del centro de salud Obrero de La Paz dando inicio al abordaje del alivio de dolor para pacientes con cáncer avanzado. En 2006 se creó la Fundación "A mí sí me importas" del programa Paliativos Sin Fronteras Bolivia. En 2009 Daniel Mercado y Claudio Navarro iniciaron un programa de atención domiciliar en el centro de salud Jesús Obrero de El Alto. En ese mismo año Els van Hoecke fundó el Servicio de Enseñanza Técnica y Capacitación Integral - SENTEC, con sede en Oruro e inició actividades de diseminación en cuidados paliativos.

En 2012 se creó la Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos, con la personería jurídica en trámite.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

 SÍ NO

Ley nacional específica para CP

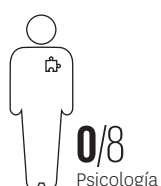
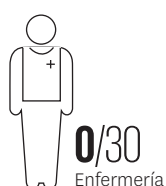
 SÍ NO

EDUCACIÓN

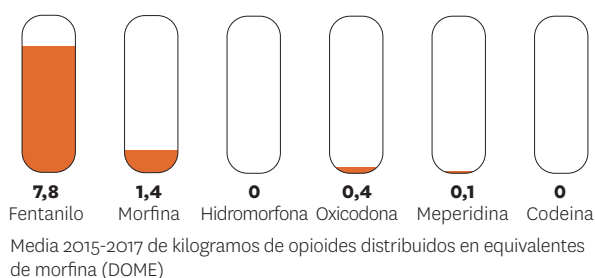
Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

 SÍ NO

Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

9,7
kgequivale a
17,1 mg DOME/cápita

PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

1,8

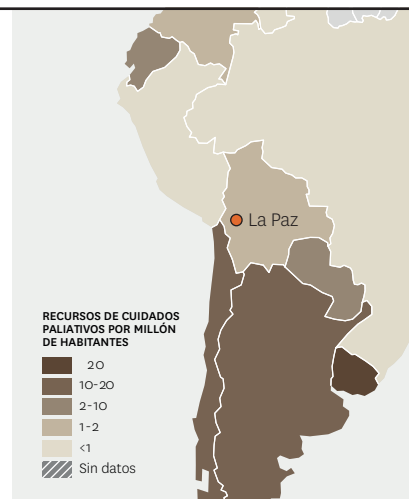
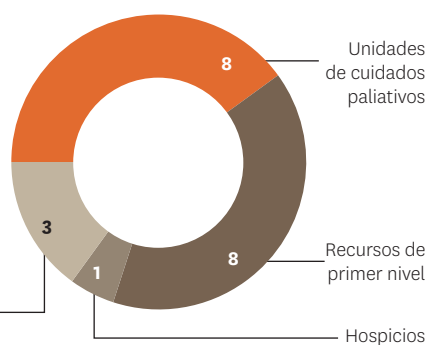
Recursos asistenciales por millón de habitantes

0,3

Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

20**Recursos totales**De estos, **1** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Equipos mixtos



Datos generales

Población [2018]

11 215 700 hab.

Médicos/100 000 hab. [2018]

10,3

Enfermeros/100 000 hab. [2018]

5,1

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

3 548,6 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

6,4

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

68 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos (ABCP)



Brasil

APUNTE HISTÓRICO

En 1980 se anexó el primer servicio de cuidados paliativos al servicio de Dolor en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre coordinado por Miriam Marteleite. En 1983 Antonio Camargo creó el servicio ambulatorio de Santa Casa de Misericórdia en São Paulo. En el Instituto Nacional de Cáncer en Rio de Janeiro Evaldo Abreu creó el Programa Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica (1986), que se transformó en Unidad de Cuidados Paliativos en 1998 por el liderazgo de Magda Rezende. En el mismo año Tereza Schoeller abrió el Servicio de Cuidados Paliativos do Cepom en Florianópolis. En el 2002 se incluyeron los Cuidados Paliativos en el Sistema Único de Salud, que obliga la prestación de cuidados paliativos en los servicios oncológicos. En 1997 se fundó la *Associação Brasileira de Cuidados Paliativos* y en 1997 la Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

SI NO

Ley nacional específica para CP

SI NO

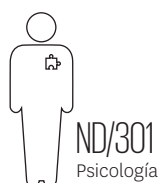
[en proceso]

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

SI NO

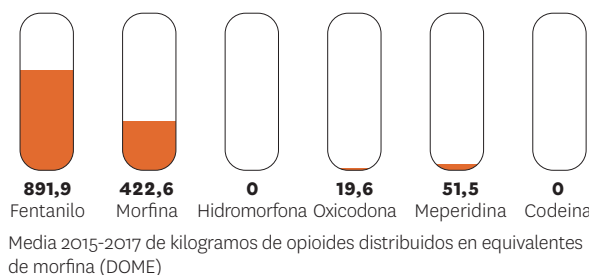
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

1 385,6
kg

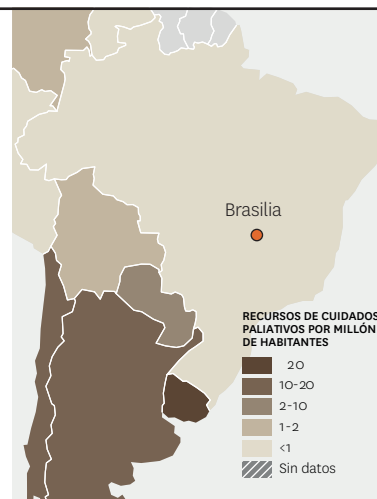
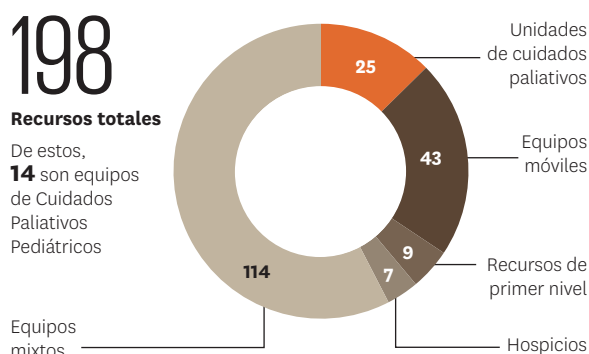
equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

0,9
Recursos asistenciales por millón de habitantes

0,3
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años



Datos generales

Población [2018]

210 868 000 hab.

Médicos/100 000 hab. [2018]

18,9

Enfermeros/100 000 hab. [2018]

12

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

9 001,2 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

9,5

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

79 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)



Chile

APUNTE HISTÓRICO

A finales de los 80 surgieron equipos aislados con Bernardo Lilallú (Temuco), Eduardo Rabat (Coquimbo/La Serena) y Lea Derio y Raúl Vásquez (Hospital Barros Luco). En 1990 Agustín Espejo y Maritza Velasco crearon la Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en el Hospital Militar (Santiago). En el mismo año Ángela Fernández, Germán Acuña y Pedro Urrea (Concepción-Arauco) iniciaron la red de médicos generalistas, cuidados domiciliarios y los hospitales Coronel, Lota y Arauco. Posteriormente se incorporaron el Hogar de Cristo y el Hospital Grant Benavente. En 2005 se incluyó CP en la ley de Garantías Explícitas en Salud para pacientes con patología oncológica. En 1990 se creó la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor.

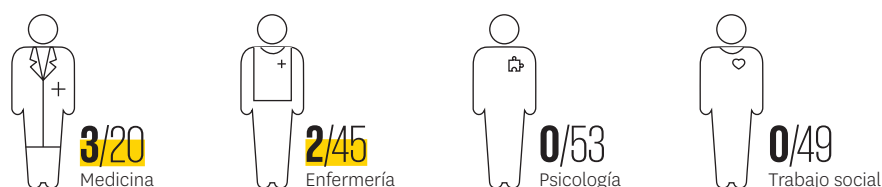
LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP SÍ NO [para pacientes con cáncer] Ley nacional específica para CP SÍ NO [para pacientes con cáncer]

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa SÍ NO

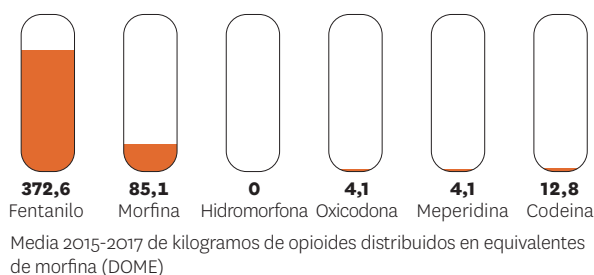
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

478,7
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

13,4

Recursos asistenciales por millón de habitantes

2,2

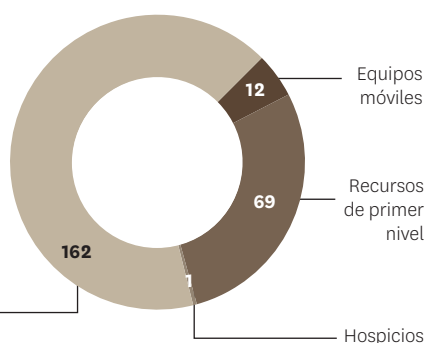
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

244

Recursos totales

De estos, **8** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Equipos mixtos



Datos generales

Población [2018]

18 197 200 hab.

Médicos/100 000 hab. [2017]

9,1

Enfermeros/100 000 hab. [2017]

6,7

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

15 924,8 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

9

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

70 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asociación Científica de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos (MEDOPAL)

Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP)

Sociedad Chilena de Medicina Paliativa (SOCHIMEDPAL)

Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile (SMCP)



Colombia

APUNTE HISTÓRICO

Tiberio Álvarez fundó en 1980 la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Universidad de Antioquia) en Medellín, dando comienzo a los cuidados paliativos en el país y la región. En 1987 Isa Fonnegra creó la Fundación Omega para brindar apoyo a familiares y pacientes con enfermedades terminales en Bogotá. En 1988 Liliana De Lima creó el primer hospicio en La Viga (Cali) con el apoyo de Pedro Bejarano. El Instituto Nacional de Cancerología comenzó en 1995 la primera especialidad médica en Cuidados Paliativos de la región.

En 1996 se creó la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

SÍ NO
[en proceso]

Ley nacional específica para CP

SÍ NO

EDUCACIÓN

Accreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

SÍ NO

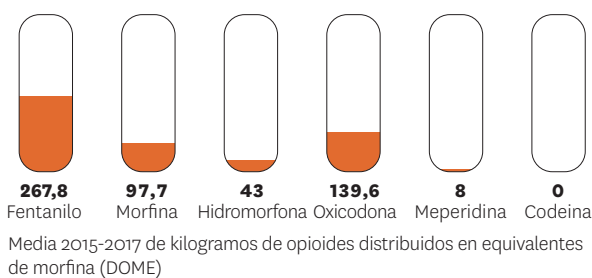
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

556,1
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

1,6

Recursos asistenciales por millón de habitantes

0,8

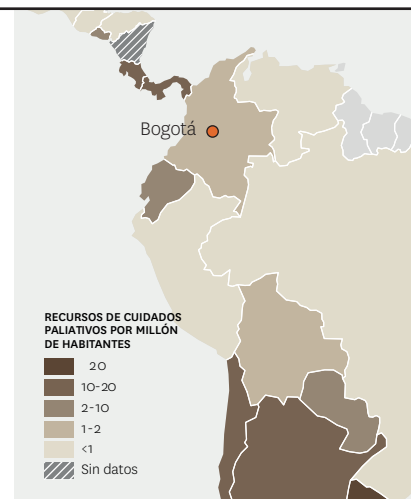
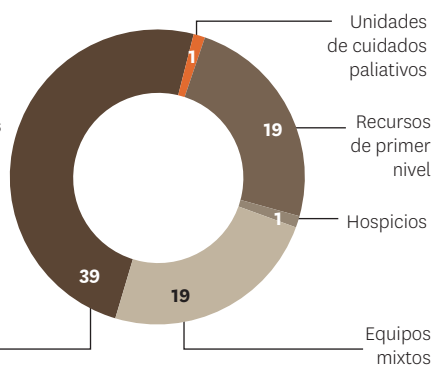
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

79

Recursos totales

De estos, **9** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Equipos móviles



Datos generales

Población [2018]

49 464 700 hab.

Médicos/100 000 hab. [2018]

21,1

Enfermeros/100 000 hab. [2018]

12,7

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

6 718,6 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

7,2

Índice de cobertura sanitaria universal

[2017]

76 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP)

Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC)



Costa Rica

APUNTE HISTÓRICO

En 1990 se crea la Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Niños liderada por Lisbeth Quesada Tristán en San José y el Comité de Cuidados Paliativos del Hospital Max Peralta de Cartago. En 1991 inició la Unidad de Cuidados Paliativos de Alajuela e Isaías Salas fundó la Clínica del Dolor del Hospital Calderón Guardia (San José) que en 1999 se convirtió en el Centro Nacional de Dolor y Cuidados Paliativos.

En 1998 se promulgó la Ley 7756 de Beneficios para el Cuidador de una Persona en Condiciones Paliativas que fue modificada posteriormente.

En el 2006 se creó la Asociación Costarricense de Medicina Paliativa y Medicina del Dolor.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

SÍ NO

Ley nacional específica para CP

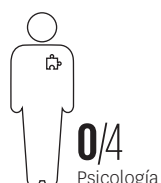
SÍ NO

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

SÍ NO

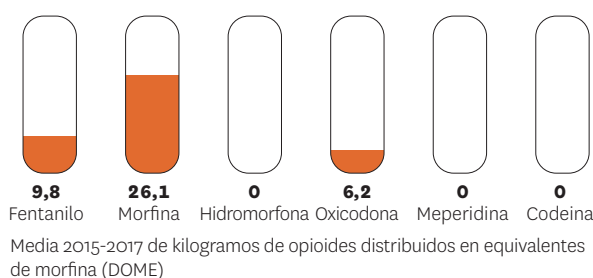
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

421
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

14,7

Recursos asistenciales por millón de habitantes

2,8

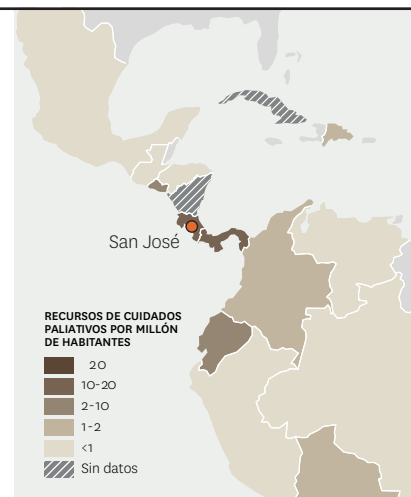
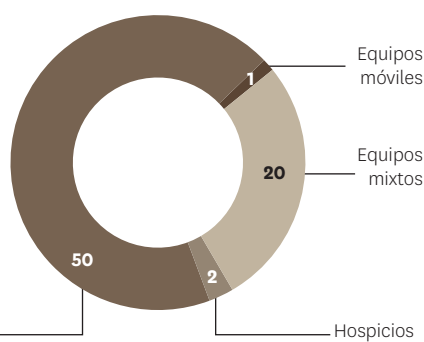
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

73

Recursos totales

De estos, **3** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Recursos de primer nivel



Datos generales

Población [2018]

4 953 200 hab.

Médicos/100 000 hab. [2017]

30,7

Enfermeros/100 000 hab. [2017]

23,9

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

12 112,1 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

7,3

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

77%

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asociación Costarricense de Medicina Paliativa y Medicina del Dolor (ACMPyMD)

Asociación de Residentes y Especialistas en Medicina Paliativa (ASOPALLIUM)

Federación Costarricense de Cuidados Paliativos (FCCP)



Ecuador

APUNTE HISTÓRICO

En 1995 el Padre Alberto Redaelli inició la Unidad de Cuidados Paliativos en la Fundación Amigos Benefactores de Enfermos Incurables en Quito y en 1997 creó la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos y el Centro Médico San Camilo (2000). En 1998 Nancy Lino inició la enseñanza de Cuidados Paliativos en la Universidad Estatal de Guayaquil y en el 2000 convirtió el Servicio de Tratamiento de Dolor del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil en el Servicio de Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor. En el 2018 la Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos recibió la personería jurídica.

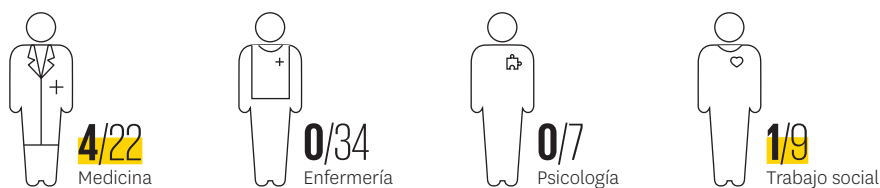
LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP Ley nacional específica para CP

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

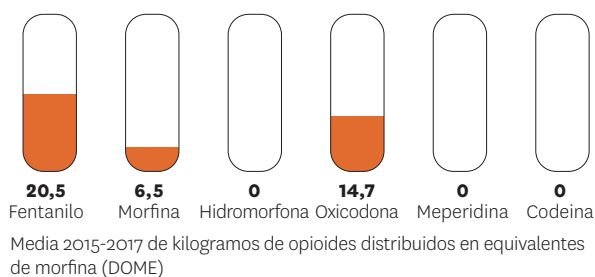
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

41,7
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

4,6

Recursos asistenciales por millón de habitantes

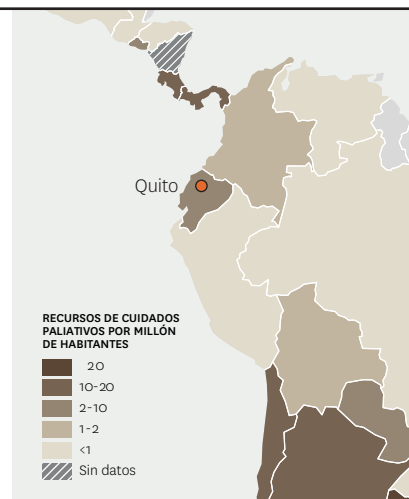
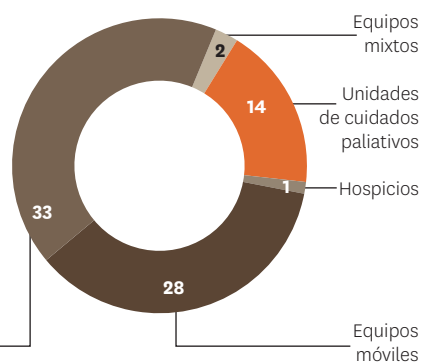
0,2

Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

78

Recursos totales
De estos, **1** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Recursos de primer nivel



Datos generales

Población [2018]

16 863 400 hab.

Médicos/100 000 hab. [2017]

22,2

Enfermeros/100 000 hab. [2017]

12,9

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

6 295,9 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

8,3

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

77%

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (ASECUP)



El Salvador

APUNTE HISTÓRICO

El Hospital Divina Providencia fundado por las Hermanas Carmelitas Misioneras de Santa Teresa (1966), se redefinió institucionalmente en 2002 para iniciar el programa de Cuidados Paliativos con un equipo integrado por Hna. María Julia García, Hna. Margarita Molina, Marvin Colorado, Carlos Reyes y Carlos Rivas. En 2009 Rolando Larin Lovo inició los cuidados paliativos pediátricos con la creación de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

En el 2006 se fundó la Asociación Salvadoreña para el Estudio, Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos. En 2016 surgió la Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador (PALIAMED) con Angel Díaz Alvarenga (presidente) y Mario López Saca (vicepresidente). Esta fundación creó en 2019 el Hospice La CIMA (Centro de Medicina Paliativa).

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

 SÍ NO

Ley nacional específica para CP

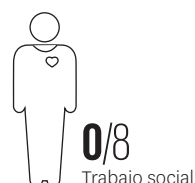
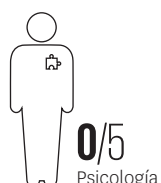
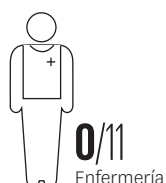
 SÍ NO

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

 SÍ NO

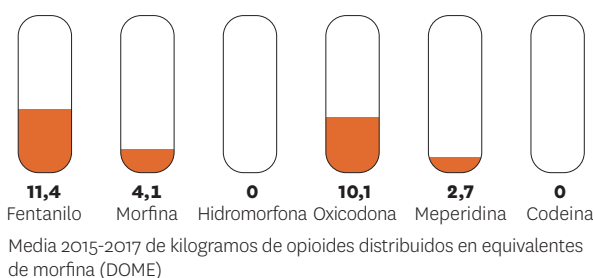
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

28,3
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

3,9

Recursos asistenciales por millón de habitantes

0,6

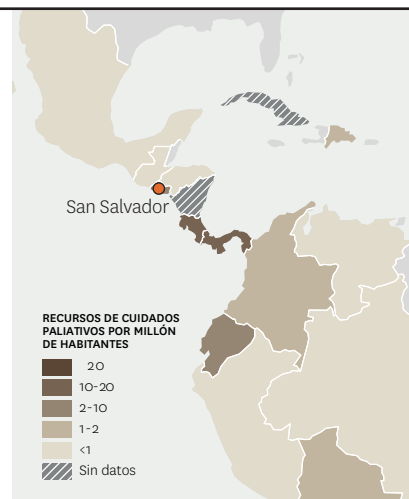
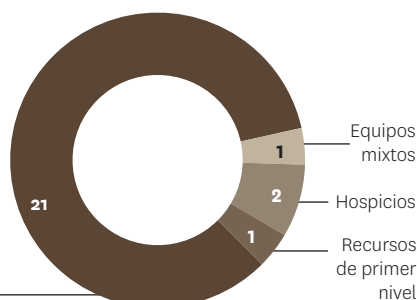
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

25

Recursos totales

De estos, **1** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Equipos móviles



Datos generales

Población [2018]

6 411 700 hab.

Médicos/100 000 hab. [2017]

28,7

Enfermeros/100 000 hab. [2017]

24,1

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

4 067,7 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

7,2

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

76 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP)



Guatemala

APUNTE HISTÓRICO

En Guatemala los cuidados paliativos comenzaron en 1998 con Estuardo Giovani Sánchez, quien inició un programa de atención domiciliaria. El Instituto Nacional de Cancerología y la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica comenzaron a funcionar simultáneamente en el 2005 a cargo de Eva Duarte y Silvia Rivas respectivamente.

En el 2003 se creó la Asociación Guatemalteca de Dolor y Cuidados Paliativos.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

SÍ NO

Ley nacional específica para CP

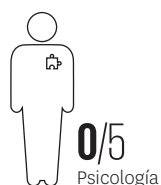
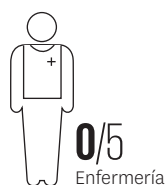
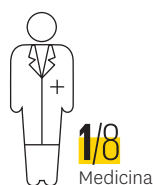
SÍ NO

EDUCACIÓN

Accreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

SÍ NO

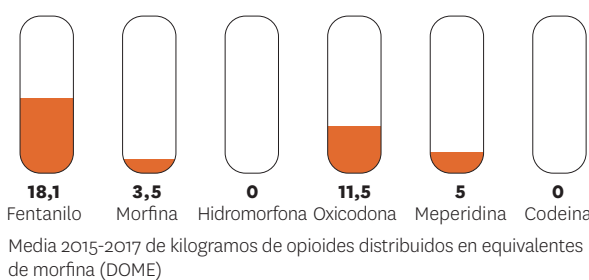
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

38,1
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

0,6

Recursos asistenciales por millón de habitantes

0,2

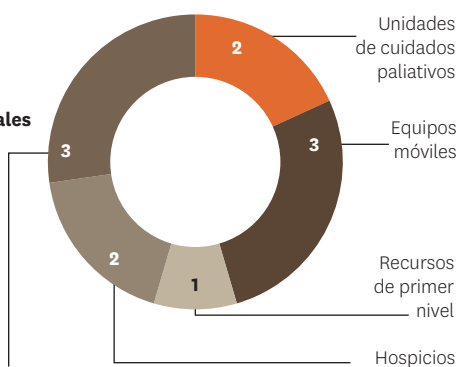
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

11

Recursos totales

De estos, **1** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Equipos mixtos



Datos generales

Población [2018]

17 245 300 hab.

Médicos/100 000 hab. [2017]

3,5

Enfermeros/100 000 hab. [2017]

0,7

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

4 472,9 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

5,8

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

55 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asociación Guatemalteca de Dolor y Cuidados Paliativos (AGDCP)

Asociación Guatemalteca de Medicina Paliativa (AGMEPAL)

Asociación Guatemalteca de Tanatología y Cuidados al Final de la Vida



Honduras

APUNTE HISTÓRICO

Los cuidados paliativos se iniciaron como Unidad de Cuidados Paliativos en el Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas en el 2002, con Miriam Chávez. Posteriormente se unieron Carlos Rico y Tulio Velázquez, iniciando el programa de visitas domiciliarias.

En el 2006 se creó Sociedad Hondureña para el Estudio y Tratamiento del Dolor.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

SÍ NO

Ley nacional específica para CP

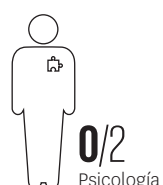
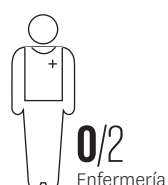
SÍ NO

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

SÍ NO

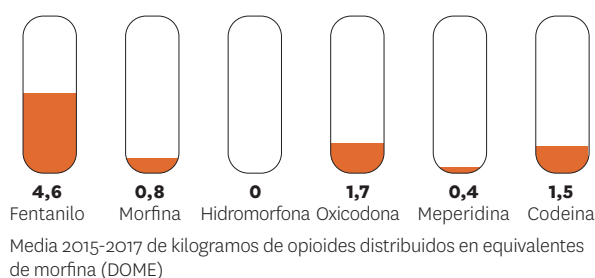
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

9,0
kg'

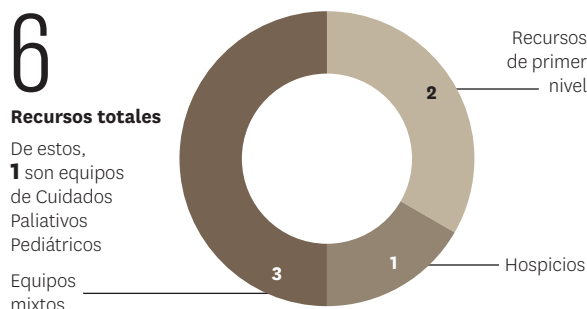
equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

0,6
Recursos asistenciales por millón de habitantes

0,3
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años



Datos generales

Población [2018]

9 417 200 hab.

Médicos/100 000 hab. [2013]

10,0

Enfermeros/100 000 hab. [2013]

3,8

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

2 505,8 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

7,9

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

65 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Sociedad Hondureña de Estudio y Tratamiento del Dolor (SHETD)



México

APUNTE HISTÓRICO

Juan I. Romero junto a un grupo de oncólogos iniciaron la clínica de dolor del Instituto Nacional de Cancerología en México D.F. (1984). En esta misma institución, en 1989 se inicia el programa de atención domiciliar y consulta externa de cuidados paliativos con Silvia Allende. En 1991 en la Clínica del Dolor del Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud Jalisco se incluye Cuidados Paliativos con Guillermo Arechiga como responsable. En el Hospital Dr. Juan I. Menchaca (Guadalajara), Gustavo Montejo creó la primera Unidad de Cuidados Paliativos (1992).

Se han creado varias asociaciones estatales y nacionales. Ninguna asociación nacional está actualmente activa.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

SI NO

Ley nacional específica para CP

SI NO

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

SI NO

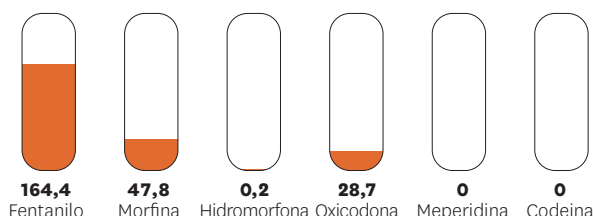
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

223,1
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



Media 2015-2017 de kilogramos de opioides distribuidos en equivalentes de morfina (DOME)

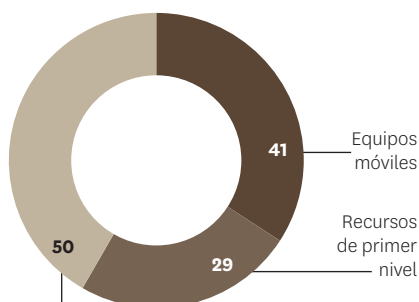
PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

0,9
Recursos asistenciales por millón de habitantes

0,2
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

120
Recursos totales
De estos, **6** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Equipos mixtos



Datos generales

Población [2018]

130 759 100 hab.

Médicos/100 000 hab. [2018]

25,5

Enfermeros/100 000 hab. [2018]

29,2

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

9 673,4 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

5,5

Índice de cobertura sanitaria universal

[2017]

76 %

INFORMACIÓN ADICIONAL



Panamá

APUNTE HISTÓRICO

La Asociación HOSPES Pro-Cuidados Paliativos fue fundada en 1992 por Teresita Méndez, Myrna McLaughlin y Julio Santamaría. En 1996 Mario Julio Garibaldi coordinó la creación del Programa de Cuidados Paliativos y Clínica de Alivio del Dolor en el Instituto Oncológico Nacional. En 2010 se creó el Programa Nacional de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud coordinado por Gaspar Da Costa. En el 2014 se creó el primer Equipo de Cuidados Paliativos en el Hospital Geriátrico de la Caja de Seguro Social liderado por la Dra. Cecilia Donderis y el Dr. Luis Cornejo.

La Asociación Panameña de Cuidados Paliativos se creó en el 2015.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

 SÍ NO

Ley nacional específica para CP

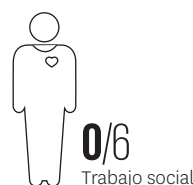
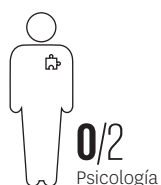
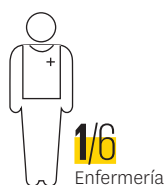
 SÍ NO

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

 SÍ NO

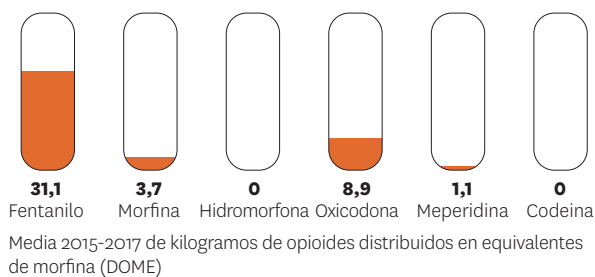
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

44,8
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

13,2

Recursos asistenciales por millón de habitantes

2,7

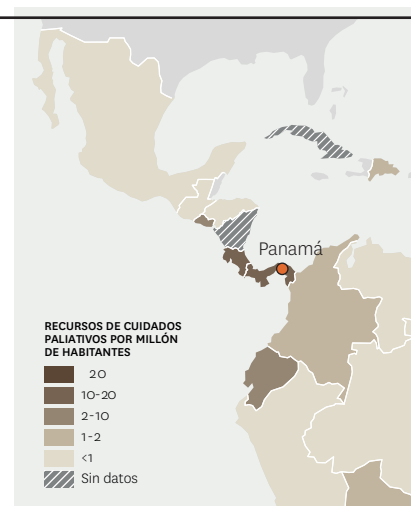
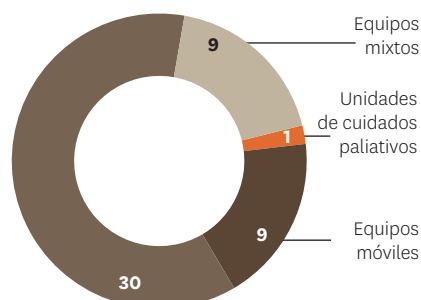
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

55

Recursos totales

De estos, **3** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Recursos de primer nivel



Datos generales

Población [2018]

4 162 600 hab.

Médicos/100 000 hab. [2017]

15,9

Enfermeros/100 000 hab. [2018]

14,4

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

15 592,6 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

7,3

Índice de cobertura sanitaria universal

[2017]

79 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asociación Panameña de Cuidados Paliativos (APCP)



Paraguay

APUNTE HISTÓRICO

En 1995 el equipo interdisciplinario conformado por Víctor Mariano Solalinde, Amado Gill, Gustavo Guggiari, Silvia Sforza, Roberto Reichert, Rosa Rodríguez, Lourdes Cardozo y Raquel Molina iniciaron el Servicio de Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional del Cáncer, bajo la coordinación de Vicente Millot. En 2006 se convirtió en Departamento de Cuidados Paliativos y Dolor. En el 2000 Elena de Mestral creó el Equipo Médico Móvil de Cuidados Paliativos en el Hospital de Clínicas. En 2004 Aldo Trento fundó el Hospice Clínica Divina Providencia de la Fundación San Rafael.

La Asociación Paraguaya de Medicina y Cuidados Paliativos se fundó en 1995 y obtuvo la personería jurídica en el 2010.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategía nacional de CP

 SÍ NO

Ley nacional específica para CP

 SÍ NO

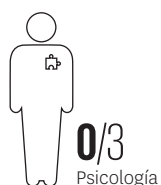
[Anteproyecto]

EDUCACIÓN

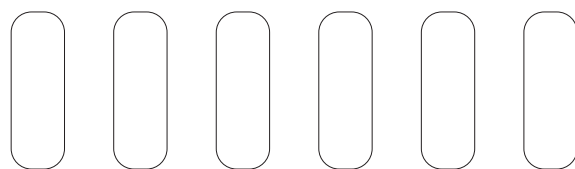
Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

 SÍ NO

Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

ND
kg

ND ND ND ND ND ND
Fentanilo Morfina Hidromorfona Oxidona Meperidina Codeína
Media 2015-2017 de kilogramos de opioides distribuidos en equivalentes de morfina (DOME)

PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

3,5

Recursos asistenciales por millón de habitantes

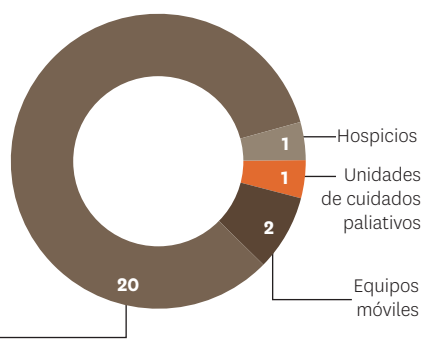
0

Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

24

Recursos totales
De estos, **0** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Recursos de primer nivel



Datos generales

Población [2018]

6 896 900 hab.

Médicos/100 000 hab. [2018]

13,5

Enfermeros/100 000 hab. [2018]

9,9

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

5 805,7 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

7,8

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

69 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asociación Paraguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (APMyCP)



Perú

APUNTE HISTÓRICO

En 1989 se inició la atención de cuidados paliativos dentro de la Unidad de Dolor del Hospital de la Policía por iniciativa de Raymundo Cordero Lujan y María Berenguel Cook. En 1994 Félix García inició su prestación dentro de la Unidad de Terapia del Dolor del EsSalud Almenara. En 1999 María Berenguel fundó el primer Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. En el 2013 se creó la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

 SÍ NO

Ley nacional específica para CP

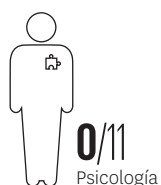
 SÍ NO

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

 SÍ NO

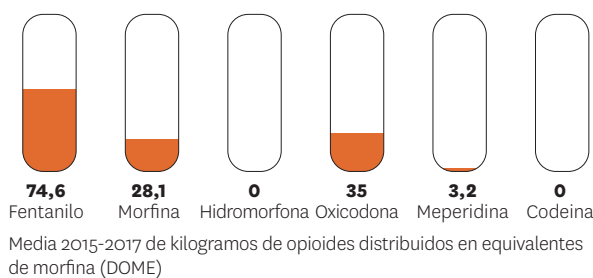
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

140,9
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



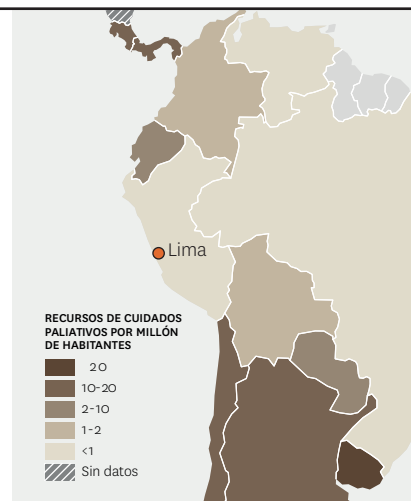
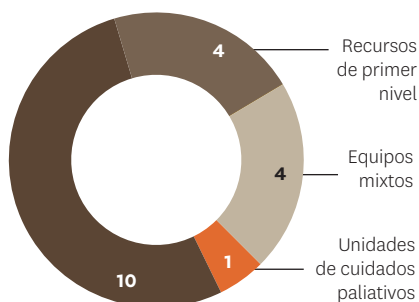
PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

0,6
Recursos asistenciales por millón de habitantes

0,2
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

19
Recursos totales
De estos, **2** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Equipos móviles



Datos generales

Población [2018]

32 551 800 hab.

Médicos/100 000 hab. [2018]

8,2

Enfermeros/100 000 hab. [2018]

10,5

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

6 941,2 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

5

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

77%

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asociación Médica Peruana de Cuidados Paliativos

Asociación Peruana de Enfermeras en Cuidados Paliativos

Red Peruana de Enfermería en Cuidados Paliativos

Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos (SPCP)



República Dominicana

APUNTE HISTÓRICO

En 1988, Rosa Martínez de Paredes, Rosa Emilia Sánchez Pérez, Aminta Thornan y Gloria Castillo crearon el Programa Dominicano de Cuidado Paliativo y Control del Dolor por Cáncer del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. Francisco y Diane Sabado fundaron el primer hospicio, Fundación Corazón Del Siervo en 1999. En 2012 se crea la Unidad de Cuidados Paliativos Onco-pediátricos en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, dirigida por Wendy Gómez García.

En el 2011 se creó la Asociación Dominicana Para el Estudio Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

 SÍ NO

Ley nacional específica para CP

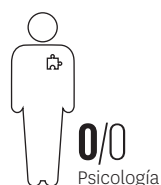
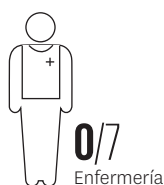
 SÍ NO

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

 SÍ NO

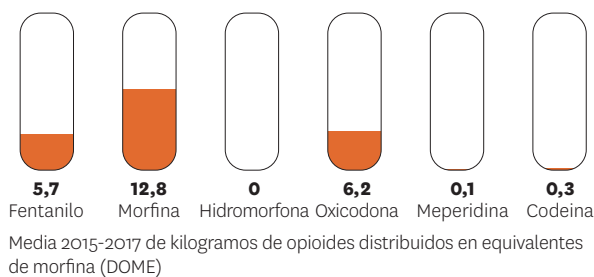
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

25,1
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

1,5

Recursos asistenciales por millón de habitantes

0,3

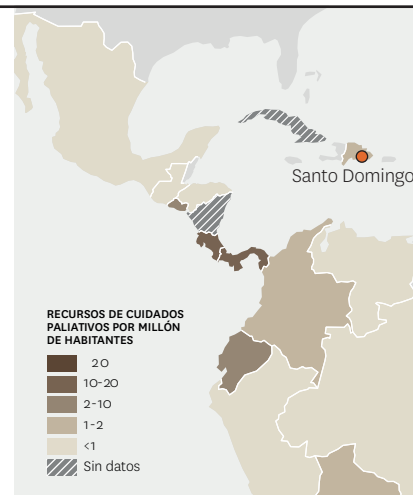
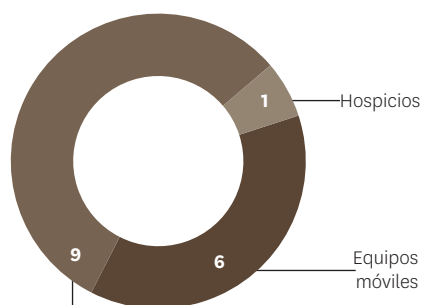
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

16

Recursos totales

De estos, **1** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Recursos de primer nivel



Datos generales

Población [2018]

10 883 000 hab.

Médicos/100 000 hab. [2018]

14,1

Enfermeros/100 000 hab. [2018]

3,5

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

8 050,6 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

6,1

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

74 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asociación Dominicana para el Estudio Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos



Uruguay

APUNTE HISTÓRICO

La Asociación Española Primera de Socorros Mutuos creó el primer equipo privado en 1985 en Montevideo promovido por Héctor Morse. En 1989 se creó la unidad llamada Hospi-Saunders. En el año 1994 se formó un equipo de Cuidados Paliativos multidisciplinario en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas coordinado por Roberto Levin, con actividades asistenciales y docentes.

En el 2001 se creó la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

 SÍ NO

Ley nacional específica para CP

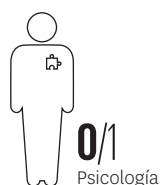
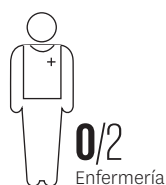
 SÍ NO

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

 SÍ NO

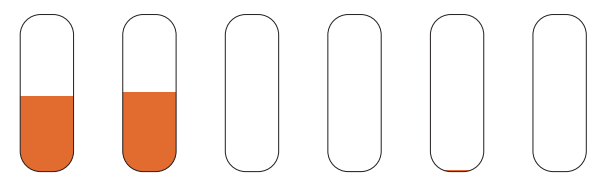
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

42,7
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



Media 2015-2017 de kilogramos de opioides distribuidos en equivalentes de morfina (DOME)

PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

24,5

Recursos asistenciales por millón de habitantes

19,3

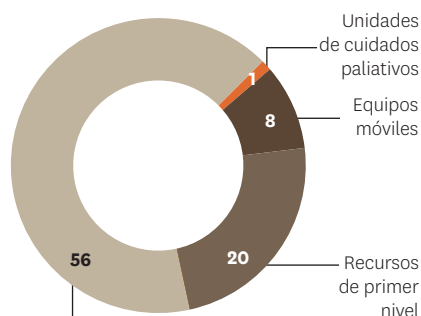
Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

85

Recursos totales

De estos, **14** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Equipos mixtos



Datos generales

Población [2018]

3 469 600 hab.

Médicos/100 000 hab. [2018]

49,4

Enfermeros/100 000 hab. [2018]

19,7

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2018]

17 278,0 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

9,3

Índice de cobertura sanitaria universal

[2017]

80 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (SUMCP)



Venezuela

APUNTE HISTÓRICO

En 1988 Bárbara Carlés de Márquez creó la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. En 2000, se fundó la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital José María Vargas con Patricia Bonilla. En el año 2001 surgieron el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto de Oncología Luis Razetti de Caracas y la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos de la Clínica Padre Machado. En el mismo año, se incluyeron los cuidados paliativos en el Programa del Control del Cáncer y se creó la Fundación de la Asociación Venezolana de Cuidados Paliativos. En 2003 se iniciaron los cuidados paliativos pediátricos con Carolina Kamel. En el 2010 se creó la Sociedad Venezolana de Cuidados Paliativos.

LEY Y POLÍTICA SANITARIA

Estrategia nacional de CP

 SÍ NO

Ley nacional específica para CP

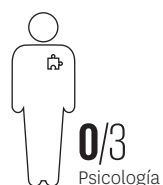
 SÍ NO

EDUCACIÓN

Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa

 SÍ NO

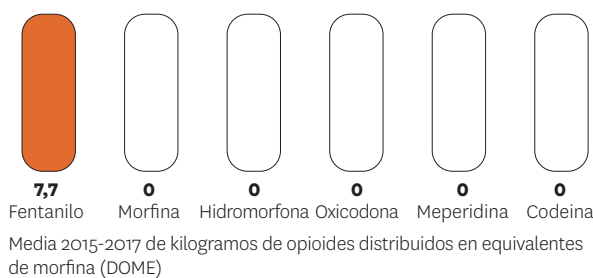
Facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos



DISTRIBUCIÓN DE OPIOIDES

77
kg

equivale a
17,1 mg DOME/cápita



PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

0,8

Recursos asistenciales por millón de habitantes

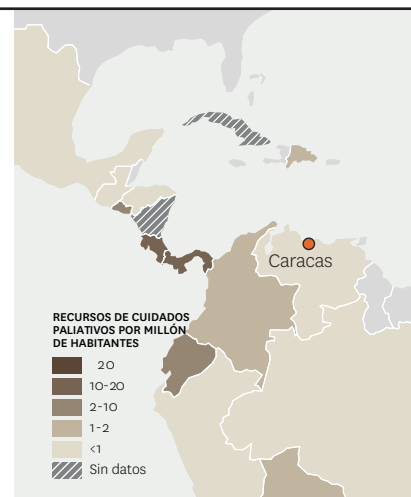
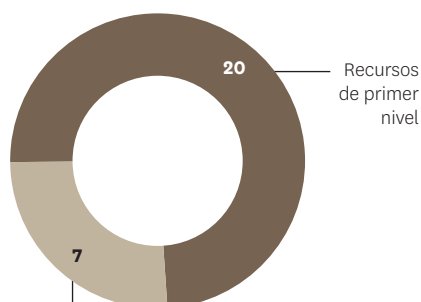
0

Recursos para niños por millón de habitantes menores de 15 años

27

Recursos totales
De estos, **0** son equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos

Equipos mixtos



Datos generales

Población [2018]

32 381 200 hab.

Médicos/100 000 hab. [2017]

17,3

Enfermeros/100 000 hab. [2017]

20,1

Variables socioeconómicas

PIB per cápita [2014]

16 054,5 \$

Gasto en salud [% del PIB] [2015]

1,2

Índice de cobertura sanitaria universal [2017]

74 %

INFORMACIÓN ADICIONAL

Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa (SOVEMEPAL)

